

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

194

Année 1907

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 mars 1907, à 1 heure

Par HENRI PATER

Né à Dijon, le 30 septembre 1876

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Lauréat de l'Assistance publique (Concours de l'internat, 1903)

Ancien moniteur de tubage et de trachéotomie à l'hôpital Trousseau

SUR LA

SYPHILIS DE L'ESTOMAC

(Revue critique et étude anatomo-pathologique)

Président : M. ROGER, professeur.

Juges : MM. LANDOUZY, professeur.

CLAUDE,

LABBÉ (MARCEL), { *agréés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1907

194

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 mars 1907, à 1 heure

Par HENRI PATER

Né à Dijon, le 30 septembre 1876

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Lauréat de l'Assistance publique (Concours de l'internat, 1903)

Ancien moniteur de tubage et de trachéotomie à l'hôpital Trousseau

SUR LA

SYPHILIS DE L'ESTOMAC

(Revue critique et étude anatomo-pathologique)

Président : M. ROGER, professeur.

Juges : MM. LANDOUZY, professeur.

CLAUDE,

LABBÉ (MARCEL), } *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. DEBOVE.
Professeurs MM.

Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	{ BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	SEGOND.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale.....	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale... ..	{ TERRIER.
	{ BERGER.
	{ RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ N....
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY	DESGREZ.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGUEU.	RENON.
BEZANÇON.	DUVAL.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRANCA.	FAURE.	MACAIGNE.	RIEFFEL. <i>Chef des</i>
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	<i>travaux anatomiques</i>
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MARION.	TEISSIER.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CLAUDE.	LABBÉ.	MÉRY.	VAQUEZ.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR HAYEM

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET
DE L'HÔPITAL DE DIJON.

M. le D^r DERUYE, directeur de l'Ecole de médecine.

MM. les D^{rs} BRETON, BROUSSOLLE, COLETTE, COT-
TIN, DUBARD, MISSET, MORLOT, PARIZOT, QUIOC,
ZIPFEL.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS.

Externat.

M. LE PROFESSEUR HAYEM (1899-1900).

M. LE PROFESSEUR ROGER (1900-1901).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NETTER (1901-1902).

Internat provisoire.

M. LE DOCTEUR MOSNY (1902-1903).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUPRÉ (1902-1903).

Internat.

M. LE DOCTEUR TOUPET (1903-1904).

M. LE PROFESSEUR HAYEM (1904-1905).

M. LE DOCTEUR GUINON (1905-1906).

M. LE DOCTEUR FLORAND (1906-1907).

M. LE DOCTEUR BOISSARD (stage 1907).

MM. LES DOCTEURS MACAIGNE, J. RENAULT, SOUQUES.

MM. LES DOCTEURS DE GRANDMAISON, THIERCELIN,
HULOT, BENSAUDE, GHICA, ROSENTHAL.

Tous ont droit à nos remerciements sincères pour leur bonté envers nous et pour l'éducation médicale que nous tenons d'eux. Il en est plusieurs envers lesquels nous avons une dette particulière de reconnaissance, car ils nous ont en des circonstances diverses traité moins en élève qu'en ami.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR ROGER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DE LA CHARITÉ

GÉNÉRALITES

Le nombre des cas publiés sous le nom de syphilis gastrique tant en France qu'à l'étranger est approximativement, suivant nos recherches, de 122. — 59 fois l'examen macroscopique ou microscopique des pièces a été pratiqué, soit après la mort, soit par suite d'interventions chirurgicales.

Les quelques notions concernant l'âge des malades, le sexe, la phase de la spécificité à laquelle ont apparu les signes gastriques, l'ancienneté du chancre, tout cela manque bien souvent dans les observations. Voici pourtant quelques données approximatives concernant ces divers points :

Parmi les observations accompagnées d'examen anatomique de l'estomac, la plupart sont des cas de syphilis acquise : 28 concernent des hommes, 7 seulement des femmes.

Le temps écoulé entre le chancre et la période de troubles gastriques nets, d'ailleurs rarement consigné dans les observations a varié entre 2 ans (Chiari) et 40 ans (Hayem), c'est-à-dire dans les proportions les plus larges. Les lésions sont toujours apparues en période tertiaire.

L'âge de ces malades est fort variable. Le plus jeune est un homme de Chiari, qui n'avait que 23 ans, et chez qui les accidents gastriques mortels suivirent de deux ans le chancre syphilitique. Par contre le malade le plus âgé, cité par Wagner, avait 73 ans. L'analyse des cas où l'âge est mentionné donne : 3 cas de 20 à 25 ans, 1 cas de 26 à 30 ans, 3 cas de 31 à 35 ans, 4 cas de 36 à 40 ans, 3 cas de 41 à 45 ans, 4 cas de 46 à 50 ans, 3 cas de 51 à 55 ans, 4 cas de 56 à 60 ans, 1 cas de 61 à 65 ans, 2 cas de 66 à 70 ans et 1 cas de 71 à 75 ans, soit plus simplement : 5 cas de 20 à 30 ans, 3 cas de 60 à 75, et aux âges

moyens de la vie, un nombre égal de 7 cas de 30 à 40, de 40 à 50 et de 50 à 60 ans. On voit ainsi que la syphilis tertiaire stomacale n'est point comme le cancer par exemple ; elle ne respecte aucun âge, mais par contre ne semble guère affectionner telle ou telle période de l'existence.

A ces cas il faut joindre 19 observations de syphilis héréditaires comprenant des nouveau-nés ou des macérés, et quelques cas de Stolper et de Jullien avec cicatrices ou dilatation que nous avons dès l'abord éliminés. Quant aux très nombreux examens de Chiari ils ont porté sur 243 estomacs de syphilitiques, dont 145 de syphilis héréditaire et 98 de syphilis acquise. Nous n'avons, avec cet auteur, fait état que d'un petit nombre de ces cas, 5 seulement. A ces observations viennent s'ajouter 8 cas personnels dont nous parlerons ultérieurement.

Si nous envisageons à présent les observations de syphilis stomacale purement cliniques, celles où le diagnostic ne repose que sur les constatations faites parfois d'accidents syphilitiques divers et surtout sur l'influence bienfaisante du traitement, nous trouvons un peu plus de 60 cas ; 29 concernent des hommes et 21 des femmes, en sorte que la proportion de la syphilis stomacale féminine serait plus forte ici que dans le groupe précédent. Nous pensons qu'il n'y a là qu'une apparence ; car sur ces 21 femmes, 11 appartiennent à la thèse de Gouzot qui a puisé surtout ses observations dans un service de femmes vénériennes.

Dans ce deuxième groupe d'observations, contrairement aux constatations faites dans le premier, il s'agit souvent d'accidents apparus en période secondaire : en effet 39 fois les malades étaient à la phase tertiaire de leur syphilis, 10 fois à la phase secondaire. Le spécificité héréditaire ne figure ici que pour 4 cas dont 2 tardifs chez un enfant de 11 ans (Hemmeter) et un jeune homme de 25 ans (Mackay).

Tous ces chiffres sont approximatifs, un très grand nombre d'observations ne pouvant être consultées avec fruit parce que des renseignements utiles n'y sont point consignés.

INTRODUCTION

Dans le polymorphisme de ses manifestations, la syphilis n'a pour ainsi dire épargné aucune pièce de l'organisme humain. A la manière des infections générales parmi lesquelles elle a pris place, cette affection peut atteindre en effet tous nos organes et troubler toutes nos fonctions. Pourtant à côté des multiples lésions si anciennement et si complètement connues de la maladie, il est des localisations du mal dont la connaissance et l'étude ne remontent pas très loin : de ce nombre est la syphilis de l'estomac.

Depuis les observations premières d'Andral sur cette maladie, les travaux publiés, quoique assez nombreux, ne se sont pas multipliés à l'excès, et la plupart concernent des cas isolés publiés à l'étranger ou en France, et dont quelques-uns ne sont pas à l'abri de toute critique. Nous avons eu personnellement l'occasion d'observer avec notre maître, M. le professeur Hayem, deux cas de syphilis acquise de l'estomac. Nous les avons suivis aussi longtemps et minutieusement que possible, l'un d'eux en particulier depuis tout près de quatre ans, et c'est bien volontiers que sur les conseils de notre maître, nous en avons fait le point de départ d'un travail général sur cette question intéressante au premier chef de la syphilis gastrique.

Nous avons pensé qu'après les mémoires et les travaux divers de Gaillard, de Chiari, d'Hemmeter, de Fournier, de Dieulafoy, de Hayem enfin pour ne citer que les principaux, malgré aussi la thèse récente de Barbier, il nous était possible de rassembler une fois encore les cas épars dans la science et d'essayer d'en tirer quelques conclusions utiles. Depuis la connaissance du spirochète pallida de Schaudinn et Hoffmann,

agent dont l'existence est indéniable dans l'organisme des syphilitiques, et jusque dans leur circulation sanguine (Ravaut et Fonselle, Ribadeau-Dumas et Poisot), il nous a semblé qu'il y avait intérêt à attirer l'attention sur la recherche de cet agent pathogène dans l'estomac des syphilitiques ; nous avons pu nous-même effectuer cette recherche dans l'estomac de quelques spécifiques héréditaires.

Après un exposé chronologique aussi complet que possible des cas de syphilis stomacale publiés jusqu'à présent, nous ferons un rapide examen critique de ces cas, ne considérant comme probants, à l'exemple de Chiari, que ceux dont la nature syphilitique nous paraîtra indéniable grâce aux lésions macroscopiques ou microscopiques regardées de nos jours comme réellement syphilitiques. Nous ne ferons par contre que signaler sans y insister toutes les observations où des signes cliniques seuls ont permis à leurs auteurs de penser à la syphilis. Nous chercherons enfin s'il n'est pas possible, par l'analyse des observations publiées, de trouver, dans les constatations anatomiques, tant macroscopiques que microscopiques, quelques particularités utiles au diagnostic si délicat de la syphilis gastrique et à son traitement, nous réservant de revenir dans un travail ultérieur sur la partie purement clinique de la question.

gommages du cœur et du testicule, l'autre d'ostéo-périostite gommeuse des os et du crâne, et présentant, le premier, une muqueuse stomacale épaissie et rouge, le second, un épaississement de la muqueuse au niveau du pylore.

Les cas de Wagner sont au nombre de 6. La première autopsie dévoila une plaque ovale juxta-pylorique occupant la paroi postérieure de l'estomac et accompagnée d'un épaississement général des tuniques de l'organe, y compris la musculuse. — Le second malade, qui durant sa vie avait présenté des troubles gastriques graves avec signes généraux de carcinome et tumeur appréciable, avait un estomac petit, très dur, épaissi dans sa presque totalité, avec rétrécissement du pylore, adhérence de la muqueuse à la sous-muqueuse, épaississement de la séreuse et de la sous-séreuse qui contenait de nombreux ganglions hypertrophiés. — Dans le troisième cas existaient sur la muqueuse pylorique deux ulcérations à fond jaunâtre et une tumeur cendrée, dure, avec suc opaque ; la musculaire présentait des stries adhérentes à la sous-muqueuse, et la séreuse, étroitement adhérente aux parties voisines présentait un certain nombre de saillies planes. — Le quatrième cas concerne un malade ayant eu des signes cliniques de sténose pylorique jugée cancéreuse, et dont l'estomac se montra à l'autopsie contracté, dur au toucher, présentant sur la muqueuse des tubérosités ovales, molles, noirâtres, formées de tissu fibreux unissant la muqueuse, et la sous-muqueuse, avec musculuse et séreuse épaissies et fibreuses, et ganglions durs de voisinage. — Les deux autres cas concernent des pièces anatomiques anciennes, l'une constituée par un estomac épaissi surtout dans la région pylorique avec plaques dures multiples et cicatrice, l'autre par un estomac épaissi ayant sur sa paroi antérieure des cicatrices nettes avec adhérence de la muqueuse sur les plans sous-jacents.

Le premier cas de Lancereaux concerne un malade, ancien syphilitique, atteint de troubles gastriques simulant une affection chronique de l'estomac et à l'autopsie duquel on trouva une sténose avec épaississement du pylore et présence d'un anneau musculaire très développé sous la muqueuse. — L'autre cas du même auteur est celui d'un homme à l'autopsie duquel existaient des lésions multiples de syphilis, et dans l'estomac une ulcération voisine de pylore, ulcéra-

tion à bords fibreux, d'apparence cicatricielle par places, ayant en son centre presque perforé la paroi stomacale.

Dans le cas de Frerichs existait chez un malade dépourvu d'antécédents gastriques une petite cicatrice rayonnée siégeant sur la petite courbure et donnant naissance à une curieuse cloison séparant les portions cardiaque et pylorique de l'estomac.

Le malade de Murchison était un syphilitique ancien mort de gastrorrhagie et dont l'estomac présentait un ulcère juxta-cardiaque ayant ouvert un fort rameau artériel.

Le malade de Fioupe, mort d'hématémèse terrible lui aussi, et porteur à l'autopsie de lésions multiples de syphilis, présentait une ulcération en lentille de la région pylorique au fond de laquelle était un vaisseau artériel béant.

Dans le cas de Drozda il s'agissait d'un syphilitique ayant présenté des troubles gastriques graves, sans dilatation ni tumeur, et qui mourut d'hématémèse ; à l'autopsie on trouva des lésions syphilitiques multiples siégeant dans le pancréas, le foie ; l'estomac portait à quelque distance du cardia une cicatrice étoilée avec injection périphérique et épaississement calleux du péritoine voisin.

Dans le cas de Weichselbaum, il existait, en plus de manifestations syphilitiques multiples, une cicatrice étoilée blanchâtre, un peu déprimée, et deux ulcérations de la paroi postérieure en haut de la grande courbure, ulcérations dont les bords et la base étaient formés de tissu cicatriciel d'apparence nettement gommeux.

Deux cas de Chiari concernent un syphilitique mort d'hématémèse et dont l'estomac présentait un ulcus en évolution avec érosion de l'artère coronaire et un syphilitique dont l'autopsie montra une cicatrice probable d'ulcère peptique sur la paroi postérieure de l'estomac.

Parmi les observations de Galliard, le cas de Fauvel a trait à une femme syphilitique dont l'estomac, très hypertrophié, surtout près du pylore, présentait plusieurs ulcérations de la muqueuse.

Oser, chez un hérédospécifique, trouva sur l'estomac et la face postérieure du duodénum de petits nodules blanc-jaunâtre, fermes, blanchâtres, répandus également dans l'intestin, où ils correspondaient souvent aux plaques de Peyer.

**Liste chronologique des principales observations
de syphilis stomacale.**

**1^o CAS AVEC CONSTATATIONS ANATOMIQUES AU COURS D'AUTOPSIE
OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE.**

Cruveilhier, 1838. — Fauvel, 1858. — Virchow, 1860. — Wagner, 1863. — Lancereaux, 1864 et 1866. — Frerichs, 1866. — Capozzi, 1867. — Klebs, 1869. — Rudnew, 1870. — Murchison, 1878. — Oser, 1871. — Fioupe, 1874. — Cornil, 1874 et 1879. — Drozda, 1880. — Weichselbaum, 1883. — Chiari, 1885. — Gaillard, 1886. — Birch-Hirschfeld, 1887. — Chiari, 1891. — Zawadzki et Luxenburg, 1893. — Bittner, 1893 et 1894. — Chiari, 1894. — Stolper, 1896. — Flexner, 1898. — Aristoff, 1898. — Hemmeter, 1898. — Frœnkel, 1898-1899. — Cesaris-Demel, 1899. — Oberndorfer, 1900 (avec cas de Buday). — Schreib, 1900. — Hemmeter et Stokes, 1900. — Langovoï, 1902. — Barbier, 1904. — Hayem, 1905.

**2^o CAS PUREMENT CLINIQUES, SANS AUCUNE
VÉRIFICATION ANATOMIQUE.**

Andral, 1834. — Topinard, 1865. — Dujardin-Beaumetz, 1866. — Trousseau, 1875. — Bartumeus, 1879. — Hiller, 1883. — Gaillard, 1886 (avec cas de Schwimme). — Gouzot, 1886. — Tavernier, 1887. — Jullien, 1889. — Rosanow, 1890. — Keser, 1891. — Norden, 1897 (cas de Sanders). — Dubuc, 1898. — Hemmeter, 1898. — Mackay, 1898. — Dieulafoy, 1898. — Einhorn, 1900. — Mamulea, 1901. — Baylac et Chamayou, 1901. — Dieulafoy, 1902. — Domenici, 1902. — Fournier, 1903 (avec cas de Freemann-Ward). — Hayem, 1906.

Discussion des observations.

Bien que le nombre des cas publiés sous le nom de syphilis

stomacale soit déjà considérable puisqu'il dépasse sensiblement la centaine, il convient de ne point accepter comme démontrée la nature syphilitique de tous.

Souvent le diagnostic n'a reposé que sur des probabilités, des vraisemblances, et comme le nombre des cas réels de syphilis gastrique est déjà respectable, il nous paraît utile de n'en point surcharger la liste d'observations insuffisamment étudiées ou dont les auteurs semblent avoir porté à la légère un diagnostic aussi délicat. Ce n'est pas en effet sur le grand nombre des observations que sont basées les descriptions de la plupart des entités anatomiques et cliniques, c'est plutôt sur un petit nombre de cas bien étudiés.

Nous avons à dessein divisé toutes les observations en deux groupes : PREMIER GROUPE, *avec constatations anatomiques* ; SECOND GROUPE, *avec étude clinique seule*.

Si nous prenons tout d'abord les observations publiées avec examen anatomique de l'estomac nous voyons qu'elles peuvent être rangées en deux catégories : dans l'une on s'est contenté de l'examen macroscopique des lésions, ce qui est notoirement insuffisant dans l'état actuel de nos connaissances ; ou, si l'examen histologique a pu rarement être pratiqué, il n'a rien démontré d'intéressant ; dans l'autre, le contrôle du microscope est venu confirmer le diagnostic par la constatation dans les coupes des lésions habituelles de la syphilis. A présent que le spirochète de Schaudinn est retrouvé dans un grand nombre de lésions syphilitiques et qu'il fourmille même quelquefois dans les viscères et dans le sang des hérédos-spécifiques en particulier, le contrôle deviendra encore plus facile, à condition bien entendu que ce spirochète ne se rencontre jamais en dehors de la vérole.

Parmi les observations de la première catégorie nous trouvons les cas suivants dont nous résumerons les traits saillants.

Deux cas de Virchow concernent des adultes atteints, l'un de

Parmi les trois cas de Barbier enfin, le second concerne un syphilitique tuberculeux sans signes gastriques avérés, présentant à l'autopsie un foie ficelé et une cicatrice mince, lisse, sur la grande courbure de l'estomac. Le troisième cas est celui d'un hérédosyphilitique atteint de lésions spécifiques diverses, du cœur en particulier, et dont l'estomac, entouré d'une coque de périgastrite résistante, très dilaté, hypertrophié probablement par du tissu fibreux présentait une ou deux petites exulcérations grosses comme la tête d'une épingle.

Tels sont les cas où le contrôle anatomique s'est exercé incomplètement et où le diagnostic de syphilis gastrique a été posé néanmoins. La plupart de ces observations ne sont guère probantes, et ce que nous savons aujourd'hui sur la nature de certains épaississements localisés ou diffus des tuniques gastriques, connus sous le nom de *linite plastique* et qui sont le plus souvent, sinon toujours, du cancer, ou encore sur les lésions stomacales imputables à la tuberculose ou au squirrhe atrophique par exemple, nous met en défiance vis-à-vis de tous les cas où la nature gommeuse des lésions visibles à l'autopsie n'a pas été démontrée par l'examen histologique. Les lésions constatées à l'amphithéâtre ont été souvent des trouvailles d'autopsie chez des malades qui fréquemment n'avaient même pas eu de passé gastrique, et des auteurs comme Wagner ont été jusqu'à rechercher dans des collections de musées anatomiques des pièces d'aspect un peu surprenant et de diagnostic douteux pour les attribuer à la syphilis. Si le diagnostic de syphilis stomacale a été porté par tous les auteurs précédents, c'est peut-être un peu par exclusion, dans l'impossibilité de mettre une autre étiquette à des lésions d'aspect souvent étrange, mais c'est surtout grâce à la coexistence chez les malades autopsiés de lésions syphilitiques viscérales multiples : certes, en présence de lésions nécrotiques nettement spécifiques portant sur des viscères variés, foie, poumon, intestin, cerveau, système osseux, etc..., il est fort possible,

sinon probable, que les lésions gastriques concomitantes soient de même nature, et à ce titre les observations précédentes ont leur intérêt ; mais il nous semble que provisoirement tout au moins, une critique sévère doit les écarter. Si grâce aux milliers et aux milliers de coupes histologiques faites sur les lésions syphilitiques du foie par exemple, on peut aujourd'hui sur le simple examen macroscopique affirmer que tel foie ficelé est syphilitique, il n'en est plus de même pour les lésions de la syphilis gastrique dont l'histoire est encore trop jeune et les cas certains trop peu nombreux et trop polymorphes.

Nous nous croyons donc autorisé à écarter les observations suivantes. Tout d'abord, les deux cas de Virchow, le premier surtout, où la muqueuse gastrique était simplement « épaissie et rouge » ; — puis la plupart des cas de Wagner où l'examen histologique manque, ou de l'avis même de l'auteur ne prouve nullement la nature syphilitique des lésions. Sont à éliminer aussi les cas de Lancereaux, celui de Frerichs où la découverte nécrotique d'une cicatrice stomacale chez un syphilitique, ancien d'ailleurs, dépourvu d'antécédents gastriques ne permet nullement d'affirmer la nature syphilitique de la lésion ; de même le malade de Murchison, ancien alcoolique et qui présentait un ulcère avec ouverture d'un gros vaisseau ne différant en rien de l'ulcère rond de Cruveilhier ; de même encore le malade de Fioupe mort aussi d'hémorragie foudroyante. Dans l'observation de Drozda, publiée d'ailleurs pour des lésions du pancréas et non pour celles de l'estomac, la nature syphilitique de la cicatrice stomacale n'est en rien démontrée. Il en est de même de deux des cas de Chiari concernant deux ulcères, l'un cicatrisé, l'autre ayant tué par hémorragie le malade qui en était porteur ; ces cas ne sont du reste présentés par l'auteur que comme probablement syphilitiques. Le cas de Fauvel n'est pas plus probant. Quant aux deux observations inédites de Barbier, quoique plus récentes, elles

ne sont pas plus décisives. L'une, simple hypothèse, concerne un ulcère parfaitement cicatrisé découvert à l'autopsie d'un tuberculeux, ne s'étant manifesté par aucun signe clinique, et qui peut aussi bien être rattaché à la tuberculose par exemple qu'à la syphilis.

Dans l'autre cas, concernant un syphilitique héréditaire, l'estomac ne présentait guère autre chose qu'un certain épaississement, et on ne saurait faire état en faveur de la spécificité de cet organe d'« une ou deux petites exulcérations à peine grosses comme la tête d'une épingle ».

*
* *

Envisageons à présent les cas de notre seconde catégorie, ceux où l'examen microscopique a été pratiqué.

Dans le cas de Klebs, le malade, porteur de lésions syphilitiques multiples, en particulier de l'intestin, avait sur la face postérieure de l'estomac dans la région cardiaque une ulcération arrondie dont le fond reposait sur la sous-muqueuse et la musculature épaissies : l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'infiltration gommeuse des tuniques externes avec dégénérescence caséuse du côté des tuniques internes.

Dans le cas de Rudnew existait un rétrécissement stomacal et des lésions d'endogastrite interglandulaire chronique et de périgastrite chronique.

Le cas de Cornil concerne une hystérique souffrant de troubles gastriques avec vomissements et dont l'autopsie, entre autres lésions syphilitiques rigoureusement étudiées au microscope, révéla du côté de l'estomac une cicatrice blanche, rayonnée de la petite courbure, et un certain nombre de tumeurs aplaties, marronnées, de tailles diverses, siégeant le long de la petite courbure et près du pylore ; la muqueuse était adhérente sur ces tubérosités, ulcérée même en un point, la sous-muqueuse était très épaissie et fibreuse, la musculature enfin hypertrophiée aux mêmes points. L'examen histologique de ces tumeurs y décela du tissu gommeux.

Le premier cas de Chiari concerne un hérédosyphilitique mort sans avoir présenté de troubles gastriques et dont l'autopsie révéla

de la syphilis du poumon, du foie, des os, de l'intestin, etc... ; au niveau de l'estomac, un peu dilaté, étaient cinq épaississements jaune pâle, lisses, saillants, dus à l'union des tuniques fusionnées et épaissies par un tissu uniforme induré ; dans ce tissu l'examen microscopique révéla la présence d'infiltrations gommeuses, à maximum dans la sous-muqueuse, mais envahissant toutes les autres tuniques, et par places nettement disposées autour de vaisseaux sanguins altérés. — Le second cas du même auteur concerne un cas de syphilis acquise : l'autopsie démontra des gommes multiples viscérales, intestinales en particulier, et au niveau des parois antérieure et postérieure de l'estomac deux ordres de lésions : d'une part, une large ulcération perforante, bouchée d'ailleurs par le pancréas et le méso-côlon transverse ; d'autre part, quatre épaississements en forme de plateau ; leur structure était identique à celle des gommes de l'intestin. Dans un cas d'hérédo-syphilis enfin, Chiari trouva des lésions d'inflammation diffuse et qu'il appela gastrite diffuse syphilitique.

L'observation de Capozzi est celle d'une syphilitique avec troubles gastriques, à l'autopsie de laquelle on trouva un estomac à parois épaisses avec des pertes de substance multiples de la muqueuse ; l'examen histologique montre des lésions de prolifération cellulaire des glandes, de la dégénérescence des glandes, de l'hypertrophie de la muqueuse.

Les cas de Birch-Hirschfeld sont au nombre de 4. — Le premier concerne un hérédo-spécifique dont l'estomac présentait dans la région pylorique un large épaississement blanchâtre, ferme et peu saillant, dans lequel le microscope décéla des lésions vasculaires et des infiltrats gommeux de la sous-muqueuse et de la muqueuse. — Le second cas est celui d'une syphilitique souffrant depuis longtemps de l'estomac et présentant à l'autopsie, outre une gomme du foie, une large plaque de la région pylorique, en partie ulcérée, et constituée par un tissu dur, cicatriciel, avec des vaisseaux oblitérés. — Dans le troisième, un homme atteint de gommes de l'intestin, présentait dans la région juxta-cardiaque une ulcération à fond lisse et à bords durs constituée par du tissu gommeux. Le quatrième cas enfin concerne un sujet porteur de lésions syphilitiques multiples, intestinales en particulier, et qui présentait un ulcère gommeux de l'œso-

phage étendu jusque dans l'estomac, et dont l'examen histologique fut probant.

Le cas de Zawadzki et Luxemburg concerne un jeune homme alcoolique, niant la syphilis, mort d'hématémèse et présentant une ulcération stomacale à bords épais, avec infiltration à petites cellules des parois des vaisseaux de l'estomac et du mésentère.

Le malade de Stolper était un syphilitique tertiaire porteur de lésions spécifiques multiples, et dont l'estomac présentait divers épaississements, ulcérés par place ; le microscope montra que l'épaississement était formé de tissu conjonctif riche en fibrilles occupant la sous-muqueuse, avec abondante prolifération péri et endovasculaire et masses arrondies de lymphocytes répandues jusque vers la musculuse.

Le cas de Flexner est celui d'un homme mort de péritonite par perforation, porteur à l'autopsie d'une gomme hépatique et d'un ulcère perforant de l'estomac ; l'estomac épaissi en arrière était adhérent aux organes voisins et présentait près du cardia, sur la grande courbure, un vaste ulcère à fond formé par la musculuse, à bords fermes, et perforé au centre ; le microscope révéla de l'infiltration de la sous-muqueuse par des cellules en foyers, nécrosés par places, et d'autre part un tissu fibreux, dense, très étendu, envahissant la musculuse, avec lésions d'endartérite et d'endophlébite oblitérante.

Le travail d'Aristoff comprend 9 cas de syphilis héréditaire : 5 fois il existait des lésions gommeuses de l'estomac, 2 fois l'auteur rencontra de l'infiltration diffuse de la muqueuse, de la sous-muqueuse et même de la musculuse et qu'il rapporte à la gastrite syphilitique diffuse ; 2 fois enfin il n'existait qu'une inflammation diffuse muqueuse ou sous-muqueuse et que l'auteur pense être probablement syphilitique.

Le cas d'Hemmeter concerne un homme atteint de gommages diverses dont l'estomac présentait une gastrite diffuse intense ; au microscope existaient des lésions d'endartérite et d'innombrables petits nodules miliaires occupant la muqueuse, la sous-muqueuse, et pénétrant par places dans la musculuse.

Le malade de Frenkel, mort de péritonite par perforation, présentait dans l'estomac 13 ulcérations dont une très grande, toutes

à fond lardacé ; 31 ulcérations analogues existaient sur l'intestin grêle. Histologiquement on put constater des lésions d'infiltration embryonnaire occupant toutes les tuniques jusqu'à la sous-séreuse, et de l'épaississement de la tunique interne des artères.

Le malade de Cesaris-Demel, mort d'hémorragie péritonéale, présentait, outre des lésions d'aspect syphilitique du pancréas et du foie, des adhérences considérables de la paroi postérieure de l'estomac, et proche du cardia un ulcère reposant sur la musculuse dans laquelle on trouva une hémorragie récente en continuité avec celle du péritoine. Au microscope existaient des nodules embryonnaires d'aspect gommeux occupant la muqueuse et par places la sous-muqueuse ; de plus, des lésions oblitérantes artérielles et veineuses.

Les trois cas de syphilis héréditaire de Bittner concernent des infiltrations gommeuses diverses siégeant dans la sous-muqueuse et la muqueuse.

Le cas de Burday concerne un sujet porteur de lésions spécifiques variées dont l'estomac présentait trois épaississements ulcérés dans lesquels le microscope montra de l'atrophie partielle de la muqueuse et une forte dégénérescence cellulaire de la sous-muqueuse.

Oberndorfer à l'autopsie d'un hérédo-syphilitique trouva, surtout sur la paroi postérieure de l'estomac, des élevures orbiculaires, ulcérées, formées par la muqueuse et la sous-muqueuse épaissies, le tout produit par une infiltration cellulaire diffuse ou en amas arrondis d'aspect gommeux, accompagnée de lésions vasculaires.

Le malade de Schreib ayant présenté pendant la vie des troubles gastriques et une tumeur stomacale mourut d'hémorragie ; il avait des gommages viscérales multiples, et au niveau de l'estomac une infiltration ronde pylorique perforée au centre avec une vaste perte de substance en entonnoir de la grosse tubérosité. Le microscope révéla des lésions gommeuses caractéristiques avec endartérite oblitérante.

Le cas d'Hemmeter et Stokes concerne un jeune homme syphilitique et alcoolique longtemps traité pour troubles gastriques avec sténose et chez lequel un fragment de muqueuse obtenu par lavage de l'estomac montra une infiltration de petites cellules rondes. Au cours d'une intervention on trouva un estomac très petit,

dur, avec une tumeur juxta-pylorique. A l'autopsie qui suivit, existait un épaississement surtout pylorique avec sténose. Histologiquement, en ce point on constata une infiltration sous-muqueuse à la fois diffuse et nodulaire envahissant le muscle, et des lésions vasculaires. Les mêmes lésions histologiques existaient sur la grande courbure.

Le malade de Langovoï considéré comme atteint de carcinome, et opéré, présentait un vaste ulcère pour lequel on réséqua la plus grande partie de l'estomac ; l'examen histologique démontra la présence de tissu granuleux très vraisemblablement syphilitique, et le traitement spécifique institué amena une amélioration remarquable de l'état général.

Les cas de Hayem enfin sont au nombre de deux. Le premier concerne un malade souffrant de douleurs gastriques et de vomissements et présentant une induration en plastron de la région vésiculaire ; il fut opéré avec le diagnostic de sténose probablement d'origine hépatique, et mourut. L'examen de la pièce montra une infiltration plastique de la région pyloro-duodénale ressemblant à l'épaississement pariétal décrit sous le nom de linite ; toute la région malade était adhérente aux organes voisins. Au microscope, on vit une infiltration fibroïde occupant surtout les couches externes de l'estomac, et renfermant de nombreux nodules d'aspect gommeux.

Le second cas concerne un homme présentant tous les signes d'une sténose cancéreuse de l'estomac et opéré comme tel. Une pylorectomie est faite et l'examen de la pièce extirpée montre un fragment stomacal rouge et jaunâtre, à muqueuse exulcérée vers la petite courbure et les deux faces, à surface de section épaisse ; il existe un épaississement en plateau diffus occupant la région pylorique presque entière avec une exulcération irrégulière, festonnée de la muqueuse. A la coupe, on constate une infiltration plastique du muscle, un énorme épaississement fibreux de la celluleuse, le tout cessant vite du côté stomacal de la pièce. Au microscope, la sous-muqueuse contient un tissu conjonctif adulte vasculaire avec des nodules périvasculaires discrets ; la musculature présente des cloisons conjonctives fibreuses infiltrées et épaissies. Cette infiltration plastique et nodulaire est très abondante au niveau

de l'ulcération ; la muqueuse est atteinte de gastrite chronique avec inflammation interstitielle et atrophie glandulaire. Les mêmes nodules existent jusque dans la plaque d'épiploon adhérente, très souvent accolés à la paroi externe des vaisseaux ; ils ont la structure et les caractères des nodules gommeux avec par places nécrose centrale.

Presque toutes ces observations sont des cas certains de syphilis gastrique, puisqu'on y a constaté les lésions caractéristiques de la maladie. Il en est pourtant quelques-unes encore, où le diagnostic de syphilis porté par leurs auteurs ne peut être accepté sans discussion.

Telle est l'observation de Rudnew qui n'a pas trouvé grâce devant l'examen sévère de Chiari, et où les lésions microscopiques ne revêtaient pas les caractères syphilitiques. Telle est aussi l'observation de Capozzi où l'on trouve « de la prolifération cellulaire des glandes, de la dégénérescence graisseuse, de l'hypertrophie des muscles ». Tel est encore le cas de Zawadzki et Luxenburg où le diagnostic de syphilis est peu vraisemblable chez un sujet où ni les commémoratifs, ni l'examen clinique, ni les constatations diverses de la nécropsie ne peuvent faire rattacher à la spécificité des lésions d'ulcère en somme banales. Nous rejeterons encore deux des observations de syphilis héréditaire d'Aristoff, où le microscope ne révéla rien de syphilitique. Quant au seul des trois cas de Barbier où l'examen histologique fut pratiqué, nous avons peine à comprendre comment il a pu être rattaché à la syphilis ; outre que l'étude clinique à peu près nulle du malade ne fait aucune mention de troubles gastriques quels qu'ils soient, les constatations d'autopsie ne montrèrent que « de petites ecchymoses punctiformes de la muqueuse » et l'examen microscopique « rien de particulier ». On ne voit guère dans tout cela ce qui a pu conduire l'auteur au diagnostic de syphilis stomacale qu'il a posé.

Il nous reste donc parmi les observations de syphilis gas-

trique accompagnées d'examen anatomique probant un nombre respectable de cas certains, un de Klebs, un de Cornil, trois de Chiari, quatre de Birch-Hirschfeld, un de Stolper, un de Flexner, cinq d'Aristoff, un d'Hemmeter, un de Frœnkel, un de Cesaris-Demel, trois de Bittner, un d'Oberndorfer, un de Schreib, un d'Hemmeter et Stockes, un de Langovoï et deux de Hayem, soit en tout 16 cas de syphilis acquise et 12 de syphilis héréditaire.

A ces cas peuvent être joints comme syphilis stomacale infiniment probable un cas de Weichselbaum qui a résisté à la critique autorisée de Chiari, un d'Oser, deux d'Aristoff et un de Buday, soit deux cas de syphilis acquise et trois de syphilis héréditaire.

C'est sur cet ensemble d'observations probantes que peut être établie avec quelques chances de vérité la description anatomique des lésions de la syphilis stomacale. Rien, en effet, n'autorise à proclamer syphilitiques des lésions diverses telles qu'épaississements localisés ou généralisés des parois stomacales, tuméfaction et rougeur de la muqueuse, ulcérations de celle-ci, petit pointillé hémorragique, etc..., toutes constatations faites chez des syphilitiques il est vrai, mais qui peuvent être rattachées à des causes multiples : alcoolisme, catarrhe chronique, tuberculose, linite plastique par exemple, en l'absence du contrôle histologique nécessaire.

*
* *

Nous avons examiné nous-même l'estomac de 8 hérédo-syphilitiques : 5 morts entre le deuxième et le seizième mois après la naissance, 3 ayant vécu seulement de une demi-heure à 3 jours.

Les observations détaillées de ces malades sont sans intérêt : il nous suffira de dire que les cinq premiers ont succombé avec des phénomènes de gastro-entérite plus ou moins aiguë à la crèche de l'hôpital Trousseau, durant les mois de juillet et

août 1906, et que les trois autres proviennent d'accouchements à terme ou prématurés survenus à la Maternité de l'hôpital Tenon en janvier 1907. Tous ces enfants présentaient soit cliniquement, soit parmi les constatations nécroptiques, des lésions diverses de spécificité héréditaire.

Dans aucun cas l'estomac n'a présenté de formations gommeuses macroscopiques. Trois fois on ne voyait à l'œil nu aucune lésion, cinq fois la muqueuse était congestionnée, une fois même avec piqueté hémorragique très abondant.

Histologiquement, quatre fois les tuniques gastriques n'étaient atteintes que d'une inflammation très légère diffuse de la muqueuse et de la sous-muqueuse sans aucun épaissement des tuniques, et qui est pour nous sans valeur ; — deux fois existait une inflammation diffuse nette, occupant la sous-muqueuse et la muqueuse, avec développement de tissu granuleux et épaissement variable de la sous-muqueuse produit par un tissu conjonctif plus ou moins serré et parsemé d'amas allongés de cellules rondes : ces cas rentrent dans ce que Chiari a étudié sous le nom de gastrite syphilitique diffuse ; — enfin deux fois existaient des lésions plus spéciales :

1^{er} CAS. — *Hérédo-syphilitique né au neuvième mois, mort une demi-heure après sa naissance.* — Au niveau de la grande courbure, les coupes présentent un léger épaissement de la sous-muqueuse formé de tissu conjonctif dense dans lequel sont incluses des masses allongées ou anguleuses de cellules rondes ; la musculature est normale ; la muqueuse, dont les espaces interglandulaires semblent élargis, renferme de très nombreux éosinophiles ; ceux-ci montent entre les glandes, mais surtout s'accumulent à leur base dans les espaces conjonctifs séparant les culs-de-sac glandulaires ; on en compte là jusqu'à sept ou huit dans un seul espace. Pas de lésions nettes des vaisseaux.

Dans la région pylorique, les coupes montrent des zones d'épaississements très marqués de la sous-muqueuse dont

l'épaisseur est plus que quadruplée ; cette tunique est remplie de tissu dense, à fibres serrées, riche en amas de cellules rondes ; la muqueuse est envahie, ces glandes sont séparées par du tissu d'infiltration, et il existe à la base des glandes, confinant à la *muscularis mucosæ* qui est par places défoncée, des amas de cellules granuleuses avec foyers de nécrose. Les éosinophiles sont, là encore, très nombreux.

2^e CAS. — *Hérédo-syphilitique de trois mois, né à terme.* — Existence de zones partielles d'épaississement de la sous-muqueuse, par un feutrage fibreux, serré, au travers duquel sont disposés en tous sens des amas de cellules rondes ; ordonnance fréquente de ces cellules autour des vaisseaux. La *muscularis mucosæ* est fréquemment rompue, par places même disparue totalement, et la muqueuse, envahie par la prolifération cellulaire, présente sous et entre les glandes une infiltration cellulaire diffuse des plus nettes. Les vaisseaux ont leurs parois épaissies, sans endartérite ni endophlébite.

*
* *

Il nous reste à considérer rapidement tous les cas où le diagnostic de syphilis stomacale ne repose que sur des bases purement cliniques ou sur l'effet curateur du traitement spécial.

Dans ce groupe rentrent tout d'abord un très grand nombre de cas où, en pleine évolution de syphilis secondaire, des malades ont ressenti à des degrés divers des troubles dyspeptiques parfois si intenses qu'ils dominaient, et de beaucoup, le tableau clinique de l'affection. Nul mieux que le professeur Fournier dans son *Traité de la syphilis* n'a pu décrire ces multiples symptômes, et on n'a rien ajouté au tableau que le maître de la syphiligraphie française en a fait. C'est dans ce groupe que doivent figurer les observations suivantes :

Tout d'abord le cas de Topinard, où des vomissements incoercibles apparus en période secondaire ne cédèrent qu'à l'administration rectale du mercure et de l'iodure de potassium

Dans sept ou huit observations de Gouzot, des troubles gastriques divers cédèrent également à la médication spécifique.

Dans le même groupe se place l'observation de K̄eser où une jeune fille atteinte de troubles gastriques douloureux, de vomissements et d'hématémèses incessantes vers le quatrième mois de sa syphilis fut guérie par le traitement spécifique, alors que toute autre thérapeutique était restée sans résultats.

Le malade de Mamulea, exempt de tout accident gastrique avant son chancre, présenta en période secondaire des vomissements, des douleurs gastriques, des hématémèses et du mœlena et fut guéri définitivement et vite par le traitement antisypilitique.

Dans le même groupe encore il faut placer l'observation de Baylac et Chamayou : une alcoolique, hystérique et sypilitique, atteinte de troubles gastriques intenses avec vomissements et hématémèses, présenta des phénomènes de pseudo-péritonite hystérique pour laquelle elle fut laparotomisée ; les phénomènes gastriques ayant subsisté après l'opération le traitement spécifique fut institué et les signes gastriques disparurent

Très différents sont les cas de syphilis gastrique observés en période tertiaire ou chez des hérédospécifiques, et dont l'étude nous retiendra davantage.

C'est à ce groupe qu'appartiennent les deux belles observations d'Andral dont l'une, outre qu'elle est la première de toutes les observations de syphilis gastrique publiées, est aussi une de celles qu'on accepte le plus volontiers.

Une femme dont Andral ignorait la syphilis présenta des troubles gastriques intenses avec vomissements continus et amaigrissement rapide ; la découverte d'une ulcération suspecte du pharynx fit instituer le traitement mercuriel ; les troubles gastriques disparurent progressivement et la malade recouvra toute sa santé. Un autre malade atteint également de douleurs gastriques, de vomissements, et aussi de périostite tibiale et de signes pulmonaires

faisant craindre la tuberculose était dans un état de dépérissement extrême ; il guérit complètement par le traitement spécifique.

Dujardin-Beaumetz a observé un cas de vomissements avec douleurs épigastriques intenses, hématomésées opiniâtres et plastron d'induration stomacale, chez un syphilitique tertiaire qui guérit complètement par l'emploi de l'iodure. Un autre malade observé dans le service de Gubler, atteint d'hématomésées répétées et en même temps de gommes syphilitiques du palais, fut guéri de l'une et l'autre affections par l'iodure.

Dans une observation de Trousseau, un ancien spécifique, dyspeptique depuis 10 ans, fut guéri complètement par le traitement mercuriel.

Le malade de Bartumeus, cachectisé au dernier degré, fut guéri par l'iodure avec une rapidité qui tient du prodige.

Le petit hérédosyphilitique de Schwimme, cité par Galliard, porteur de signes de catarrhe gastro-intestinal intense, ne guérit que le jour où le traitement mercuriel fut institué.

Plusieurs observations de Gouzot, plus ou moins probantes d'ailleurs, relatent l'histoire de syphilitiques chez qui des troubles dyspeptiques divers guérissent toujours par le traitement spécifique.

Le cas rapporté par Tavernier concerne un malade du service de Leloir et qui, atteint de signes d'ulcère gastrique, fut guéri par le traitement antisiphilitique.

Dans plusieurs cas de Stolper, de Gouzot, de Jullien, il y eut même des signes de dilatation gastrique qui disparurent par le même traitement.

Rosanow observa un soldat qui présentait depuis 8 ans des signes d'ulcère et chez lequel tout traitement était resté sans résultat. Pourtant en quelques semaines la guérison fut complète par les frictions mercurielles et l'iodure.

Le malade de Sanders atteint de troubles gastriques avec cachexie faisant porter le diagnostic de carcinome, guérit totalement par le traitement mixte.

C'est encore un cancer avec large placard induré que Dubuc diagnostiqua chez son malade ; là encore les signes gastriques et la tumeur disparurent sous l'influence du même traitement.

Chez deux spécifiques héréditaires, le traitement mercuriel ins-

titué par Hemmeter fit disparaître en peu de temps des signes de gastrite aiguë.

Un jeune homme, dont l'observation est publiée par Mackay, hérédo-syphilitique lui aussi, fut guéri d'hématémèses redoutables par le mercure et l'iode. Il en fut de même d'un autre malade du même auteur également atteint d'hématémèses inquiétantes.

Deux malades dont l'observation est relatée dans les « Cliniques » de Dieulafoy, et qui, soignés pour ulcère rond, continuaient à vomir du sang, à souffrir et à se cachecter, furent guéris, l'un d'eux incomplètement il est vrai, par l'administration du traitement spécifique.

Chez deux malades d'Einhorn atteints de syphilis vieilles respectivement de 3 et de 7 ans, des symptômes typiques d'ulcus guérirent pareillement. Un malade du même auteur, présentant des signes de carcinome, y compris une tumeur nodulaire de la petite courbure et une analyse chimique conforme du suc gastrique, fut guéri en quelques semaines par le traitement mixte et vit sa tumeur disparaître complètement. Un autre malade d'Einhorn, présentant aussi une tumeur épigastrique n'a pas été suivi assez longtemps pour qu'on puisse en faire état. Par contre, le même observateur a guéri par le traitement ioduré deux malades présentant tous les signes de la sténose, y compris, une fois tout au moins, une dilatation énorme de l'estomac.

Dans le cas de Domenici une syphilitique tertiaire fut guérie de symptômes de gastrite chronique par l'emploi du traitement spécifique.

Trois belles observations de Fournier appartiennent à cette même catégorie de faits. Dans la première, une syphilitique atteinte à deux ans d'intervalle d'hématémèses terribles avec douleurs d'ulcus guérit les deux fois par le traitement ioduré. Un autre cas d'hématémèses a la même solution satisfaisante.

Enfin deux malades porteurs d'une tumeur nette de la région pylorique avec troubles gastriques faisant penser au cancer virent leur tumeur disparaître comme par enchantement sous l'influence du traitement spécifique.

Le cas de Freeman Ward concerne un malade arrivé au dernier degré de l'inanition et de l'anémie par troubles gastriques et héma-

témèses ; une intervention pour gastroentérostomie montra une tumeur pylorique volumineuse, après quoi on prescrivit empiriquement de l'iodure ; l'état s'améliora au point qu'au cours d'une seconde intervention chirurgicale faite 6 semaines plus tard, la tumeur pylorique avait disparu.

Il nous reste à signaler plusieurs cas du Professeur Hayem. Dans l'un, il s'agit d'un malade atteint d'hématémèses abondantes et chez qui, grâce à la connaissance d'une spécificité antérieure, M. Hayem institua avec le plus grand succès la médication antisypilitique. Un second malade souffrait de troubles gastriques douloureux avec signes de sténose et tumeur simulant le carcinome ; il guérit définitivement par le même traitement.

Dans un 3^e cas, il s'agit d'un malade atteint d'hématémèse et de mœlena à répétition, et chez qui devant l'inutilité du traitement ordinaire M. Hayem pensa à la syphilis ; cette idée fut confirmée par l'aveu tardif fait par le malade d'antécédents spécifiques ; malheureusement, malgré un début d'amélioration sous l'influence du mercure, les hémorragies se reproduisirent et le malade mourut ; il ne put y avoir d'autopsie.

Enfin le dernier cas concerne un malade que nous avons eu l'occasion d'étudier longuement ; sypilitique et tabétique, il présentait des signes de sténose pylorique marquée avec un estomac extrêmement dilaté, des ondulations péristaltiques, du liquide stomacal très abondant à jeu, des vomissements caractéristiques, etc... ; la palpation permettait de déceler une plaque résistante mal délimitable, sans dureté, siégeant à droite de l'ombilic. Ces accidents, datant déjà d'un an, furent considérablement améliorés par le traitement antisypilitique, le malade revu plus de six mois après avait pu reprendre son travail, mais, n'ayant pas suivi de traitement suffisant il n'obtint à cette époque qu'une guérison imparfaite.

*
* *

Nous ne pouvons discuter tous ces cas, parmi lesquels beaucoup sont fort sujets à caution ; le diagnostic de syphilis ne saurait être posé ici de façon certaine puisque, les malades ayant guéri, le contrôle anatomique de leurs lésions manque toujours. Parfois, comme dans le cas de Mamulea, le malade

ayant été soumis à la fois au traitement sévère de l'ulcère rond et aux frictions mercurielles, il est difficile de dire si le succès thérapeutique obtenu relève de l'une ou de l'autre de ces deux méthodes. D'autres fois, comme dans l'observation de Baylac et Chamayou, la malade à la fois syphilitique, alcoolique et hystérique présenta un ensemble de phénomènes si complexes et par instants si nettement imputables à l'hystérie pure par exemple, qu'il est difficile aussi d'affirmer que la guérison y fut due au traitement mercuriel. D'autres fois encore, comme chez le second malade du professeur Dieulafoy, l'affection gastrique récidiva, mais avait guéri une première fois sous l'influence du régime lacté seul et ne fut qu'améliorée plutôt que guérie par le traitement spécifique. Il en fut de même encore chez la malade de Keser, habituée aux pires excès alcooliques et dont la guérison semble avoir été fort imparfaite.

Mais malgré tout, la plupart de ces observations présentent un intérêt réel, et si on peut mettre en doute la nature syphilitique de bien des cas où il s'agissait de signes d'ulcère avec ou sans hématomatose, du moins nous semble-t-il judicieux d'accepter comme excellentes les observations où on a pu noter sous l'influence du traitement spécifique la disparition d'une tumeur, la cessation d'une sténose, la résurrection véritable d'un malade condamné comme cancéreux, le tout non pendant quelques semaines, mais pendant des années et d'une façon réellement définitive. Et à ce titre, le premier cas de Dujardin-Beaumetz, le 3^e et le 4^e de Fournier, celui de Dubuc, les trois derniers cas d'Einhorn, deux des cas de Hayem et celui de Freeman Ward nous semblent parmi les plus probants.

ÉTUDE ANATOMIQUE

Avec Chiari et Hemmeter nous pourrions décrire à la syphilis gastrique trois formes anatomiques : l'*ulcère*, la *néoformation*, la *gastrite diffuse*. Mais nous préférons en considérer cinq, toutes caractérisées par des aspects bien tranchés et dont la plupart ont été constatés aussi bien dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise. Ce sont :

La gastrite diffuse inflammatoire ;

Les néoformations gommeuses ;

Les ulcères ;

Les cicatrices ;

Les sténoses.

1° Gastrite diffuse syphilitique.

Cette forme a été décrite par Chiari dans la syphilis héréditaire, à laquelle elle appartiendrait en propre.

Chez un garçon né au 9^e mois et mort une demi-heure après la naissance existait du pemphigus, des gomme du poumon et des os, de l'ostéochondrite, de l'hépatite diffuse avec induration syphilitique de la rate et du pancréas, des infiltrats gommeux de l'intestin grêle. La muqueuse et la sous-muqueuse de l'estomac étaient hyperhémisées et infiltrées de leucocytes, et, de la même façon que la muqueuse de l'intestin grêle, se montraient le siège d'une inflammation diffuse entre les infiltrats gommeux ; en sorte, dit Chiari, « *qu'il peut être parlé avec la plus grande vraisemblance d'une affection inflammatoire diffuse de l'estomac causée par la syphilis héréditaire* ».

Aristoff a également décrit dans l'estomac de plusieurs hérédo-spécifiques, soit des lésions de gastrite inflammatoire

diffuse avec, par places, des néoformations gommeuses plus accusées, soit de l'infiltration diffuse à petites cellules occupant la muqueuse et la sous-muqueuse, parfois même les quatre tuniques gastriques, et qui sont bien de la gastrite syphilitique diffuse à proprement parler.

Chez l'adulte, Virchow parle d'hyperhémie chronique passive causée par des troubles circulatoires et Wagner pensait pouvoir ranger dans cette gastrite chronique diffuse syphilitique la plupart des cas anciennement décrits sous le nom de cirrhose de l'estomac. Mais c'est le cas publié par Hemmeter en 1898 qui est le plus intéressant à ce sujet :

L'estomac d'un nègre, porteur de lésions syphilitiques multiples, présentait, en quelque point que les coupes eussent porté, une gastrite diffuse intense : la muqueuse surtout et la sous-muqueuse étaient remplies d'innombrables formations analogues à des gommes miliaires qui, pénétrant entre les glandes repoussaient, comprimait et déformaient ce qui restait de celles-ci. Des amas de cellules rondes disloquaient la *muscularis mucosæ* et la couche longitudinale des fibres musculaires, et les lésions d'endartérite oblitérante ne manquaient pas.

Ces lésions de gastrite diffuse sont d'ailleurs assez souvent, comme dans le cas d'Hemmeter et Stokes, combinées à des gommes ou autres lésions syphilitiques de l'estomac. Elles paraissent en tous cas être ordinairement associées à des lésions syphilitiques d'autres organes annexes du tube digestif, foie, pancréas, par exemple. Sans doute pourrait-on, comme le pensent Chiari et Hemmeter, les rattacher indirectement à la syphilis et les faire dépendre de troubles circulatoires, de congestion passive par exemple, en rapport avec les lésions syphilitiques du foie.

Quoi qu'il en soit, ces lésions de gastrite diffuse, en l'absence de gommes ou de toute autre lésion syphilitique concomitante de l'estomac, ne diffèrent pas sensiblement des lésions

de la gastrite chronique ordinaire, si ce n'est, ainsi qu'Hemmeter le fait remarquer, par la plus grande fréquence de petites cellules rondes principalement dans la sous-muqueuse et qui apparaissent comme de vraies gommès miliaires.

Plusieurs de nos cas personnels rentreraient sans doute dans cette catégorie.

2^o Néoformations gommeuses.

Ces néoformations forment l'immense majorité des lésions de la syphilis gastrique, car il faut y joindre la plupart, sinon la totalité des cas d'ulcères qui sont la conséquence de leur caséification, et aussi les cicatrices qui en sont le mode de guérison.

Quoi qu'il en soit, les néoformations gommeuses visibles à l'œil nu forment soit des *tumeurs* arrondies, soit de véritables *plaques d'induration* plus ou moins bien limitées, parfois même une vaste zone d'infiltration.

Leur *nombre* est variable : le malade de Cornil en présentait 3, un de ceux de Chiari 5, un de Bittner 7. Mais elles peuvent être uniques.

Exceptionnellement, la néoformation prend le caractère de véritables bourrelets (Stolper).

Le *siège* de ces élevures et de ces plaques est variable et on a pu les rencontrer partout : dans la région pylorique (Birch-Hirschfel, Hayem, Hemmeter et Stokes), dans la paroi antérieure (Bittner), dans la paroi postérieure (Oberndorfer), sur la petite courbure (Cornil), sur la grande courbure et sur la grosse tubérosité (Chiari).

Les *dimensions* ne sont pas moins variables et oscillent pour les formes isolées entre quelques millimètres (Bittner) et plusieurs centimètres (2-5). Dans un même estomac d'ailleurs, diverses élevures peuvent présenter des dimensions différentes : c'est ainsi que dans le cas de Cornil, les trois tumeurs

avaient respectivement 5, 3 et 2 centimètres, et que dans l'estomac d'un hérédo-spécifique de Chiari les élevures variaient entre 1/2 et 2 centimètres.

Les plaques sont en général plus volumineuses ; celle signalée par Birch-Hirschfeld avait presque les dimensions d'une paume de main.

La *couleur* de ces néoformations est en général blanchâtre ou jaunâtre. Pourtant, dans les cas de Stolper et d'Oberndorfer la teinte des élevures était rougeâtre et tranchait vivement sur la teinte de la muqueuse.

La *consistance* de ces productions est ferme, dure même (Birch-Hirschfeld, Bittner), et les contours en sont bien limités.

Une coupe des parois stomacales pratiquée au niveau de ces néoformations montre que leur saillie dans la cavité gastrique est produite le plus souvent par l'épaississement de la sous-muqueuse ; ce fait est particulièrement net dans la planche qui accompagne l'observation de Cornil ; on y voit que la muqueuse, quoique adhérente aux plans sous-jacents, n'est que soulevée par une sous-muqueuse dont l'hypertrophie est énorme. Le plus souvent d'ailleurs, la muqueuse est épaissie également et quelquefois toutes les tuniques de l'estomac, hypertrophiées et adhérentes entre elles, forment une masse épaisse, dure et fibreuse témoignant d'un envahissement total de leur tissu (Chiari). Dans un seul cas de Hayem, contrairement aux autres, l'infiltration marchait de la périphérie vers l'intérieur, des couches externes vers la muqueuse.

Il faut signaler encore dans quelques cas l'épaississement général de la muqueuse, témoignant de l'infiltration des parois par un processus de gastrite chronique déjà signalé, et la formation d'une périgastrite parfois intense avec adhérences multiples et serrées aux organes voisins (Hayem) ; adhérences dont nous verrons l'importance croître dans les cas d'ulcères, même perforés.

Quant aux *lésions histologiques* de ces néoformations, elles comprennent d'une part des nodules gommeux qui n'ont ici rien de particulier et qu'on trouvera décrits tout au long dans plusieurs des observations annexées à ce travail ; d'autre part, du tissu conjonctif hypertrophié formant parfois un feutrage serré remplissant la sous-muqueuse seule ou s'étendant plus ou moins aux autres tuniques ; ce tissu d'infiltration envahit ainsi la muqueuse où il vient comprimer et étouffer les glandes (Oberndorfer) et forme parfois une masse fibroïde, résistante, mêlée de cellules embryonnaires comme dans le cas de Cornil et surtout celui de Hayem. Ce tissu conjonctif peut, en certains points où la muqueuse est en grande partie atrophiée, au centre des tumeurs par conséquent, se continuer directement jusqu'à la surface, ainsi que Cornil le fait remarquer.

Les *lésions vasculaires* n'existent pas toujours (Cornil), mais le plus souvent elles révèlent les caractères de l'endartérite oblitérante ; très souvent les observateurs ont noté la disposition nette et parfois compacte des cellules d'infiltration autour des vaisseaux sanguins.

3^e Ulcères.

Les ulcères présentent une particularité intéressante, c'est que, à des degrés divers de leur évolution, ils permettent de se rendre compte dans une certaine mesure des conditions de leur formation et de leur cicatrisation.

Ces ulcères ont été rencontrés assez souvent concurremment avec des néoformations gommeuses du genre précédent (Klebs, Chiari, Stolper, Buday, Bittner) et cela même dans la syphilis héréditaire (Aristoff). D'autres fois ils existaient seuls, témoignant d'un processus de caséification plus avancé des produits gommeux, processus déjà ancien parfois comme semblent l'indiquer les adhérences énormes constatées entre la zone ulcérée et les organes voisins.

Ces ulcères syphilitiques sont, comme les néoformations gommeuses, de *nombre et de siège variables*. Le plus souvent l'ulcération est unique (Klebs, Chiari, Flexner, Birch-Hirschfeld, Langovoï, Cesaris-Demel, Bittner, Hayem) ; mais dans le cas de Stolper il y en avait 3 et dans celui de Fränkel 13.

Les ulcères peuvent siéger un peu partout, mais avec une fréquence beaucoup plus grande sur la paroi postérieure, plus ou moins près du cardia ou du pylore (Klebs, Chiari, Oberndorfer, Stolper, Weichselbaum, Cesaris-Demel). D'autres fois on les a constatés dans la région pylorique (Buday, Aristoff, Hayem), au niveau du cardia (Birch-Hirschfeld), sur la grosse tubérosité (Schreib), sur la grande courbure (Flexner, Buday), sur la paroi antérieure (Bittner). Dans le cas de Fränkel, les 13 ulcères étaient répandus un peu partout.

Les *dimensions* de ces ulcères sont des plus diverses : il y en a de tout petits (Aristoff, Bittner) et d'énormes, puisque la perforation seule dans le cas de Chiari atteignait 5 centimètres, que l'ulcération décrite par Flexner avait 5 centimètres dans les deux sens, et que l'ulcère trouvé par Langovoï était si vaste qu'on dut réséquer lors de l'intervention près de la moitié de l'estomac. Pourtant dans la majorité des cas, ces ulcérations gardent des dimensions plus restreintes oscillant entre 1 et 3 centimètres environ. Lorsqu'elles sont multiples, comme dans les cas de Stolper ou de Fränkel par exemple, les ulcérations d'un même estomac sont de tailles diverses et les plus grandes peuvent être dues à la confluence de plusieurs ulcérations de petite taille (Fränkel).

Leur *forme* d'ordinaire arrondie ou ovalaire présente quelquefois des contours irréguliers en carte de géographie (Fränkel, Hayem).

Ces considérations sont peu importantes : plus utiles au point de vue du diagnostic de la nature de ces ulcères seraient les particularités constatées dans leur aspect même.

Leur *profondeur* est des plus variables : tantôt ce sont de

simples exulcérations légères, peu profondes, n'entamant que la partie la plus superficielle des tuniques stomacales, tantôt ce sont de vrais ulcères creusés en plein tissu gastrique, et allant jusqu'à la perforation : cette dernière s'est rencontrée 3 fois (Chiari, Flexner, Schreib).

Est-ce dans l'aspect macroscopique de l'ulcère que nous pourrions trouver une caractéristique de sa nature ? Hemmeter répond par l'affirmative : « *L'ulcère qui résulte de l'ouverture d'une gomme, dit-il, est une perle de substance plus petite de la muqueuse que de la sous-muqueuse, tandis que l'ulcère simple perforant est une perle de substance plus grande de la muqueuse que de la sous-muqueuse, plus petite encore de la musculieuse, ce qui donne à l'ulcère simple l'aspect caractéristique en grains, qui ne se voit jamais dans l'ulcère gommeux. De même le bord de l'ulcère gastrique est net, le bord de l'ulcère gommeux, irrégulier et anguleux. Dans l'ulcère gastrique, pas de pus ni de nécrose, peut-être seulement une légère infiltration hémorragique ; dans l'ulcère gommeux, dépôt jaune, visqueux, gélatineux, avec gommages à l'entour.* » Si nous analysons nos observations certaines de syphilis gastrique, nous ne trouvons guère réalisés tant de traits si distinctifs. Une seule fois, dans le cas de Schreib, l'ulcère perforant présentait une particularité intéressante ; c'est qu'il semblait creusé du dehors vers le dedans, des couches externes vers les internes, en sorte que les dimensions de la perforation étaient plus grandes au niveau de l'orifice extérieur que du côté de la cavité stomacale. Mais partout ailleurs l'ulcère marche nettement avec ou sans perforation du dedans vers le dehors, ou tout au moins des couches muqueuses ou sous-muqueuses vers les couches musculieuse et séreuse.

Les bords sont exceptionnellement taillés à pic, et s'ils le sont ce n'est pas sur toute la périphérie de l'ulcère (Cesaris-Demel). D'ordinaire, ce sont des bords épais, durs, ou tout au moins fermes (Birch-Hirschfeld, Stolper, Flexner), sauf dans

quelques cas d'exulcérations peu profondes où les bords de la zone abrasée se continuent presque insensiblement avec la muqueuse voisine. On peut réellement dire avec Hemmeter que ces bords ne sont pas en gradins comme dans l'ulcère de Cruveilhier, car, bien qu'on puisse la plupart du temps en distinguer à la coupe les diverses couches constituantes, ils forment à peu près toujours une masse d'aspect compact et épaissi.

Le *fond de l'ulcère* est constitué soit par le tissu sous-muqueux modifié, épaissi, de teinte grisâtre ou jaunâtre, d'aspect lardacé ou vitreux (Stolper, Fränkel), soit par la musculuse qui, toujours plus ou moins altérée par des processus scléreux ou nécrotique (Fexner) prend un aspect brillant (Cesaris-De-mel) ou légèrement craquelé (Hayem).

Mais la vraie caractéristique de l'ulcère syphilitique, c'est sa constitution histologique, c'est ce fait que ses parois sont taillées dans des néoformations, c'est qu'il est réellement creusé dans des tissus antérieurement malades, parsemés d'infiltrations gommeuses, de productions conjonctives, de lésion vasculaires, qui président à sa genèse et à son développement. Tous les auteurs qui ont étudié au microscope la constitution de ces ulcères, la structure de leurs parois et de leur fond ont fait des constatations analogues.

Épaississement des tuniques sous-muqueuse et muqueuse, à la fois par du tissu fibreux dense et des nodules ou traînées d'infiltration souvent nécrosés à leur centre ; présence si souvent notée de ce *tissu granuleux autour des vaisseaux* ; lésions à peu près constantes d'*endarterite et d'endophlébite oblitérantes* ; *extension enfin de ce processus aux tuniques externes de l'estomac*, musculuse, sous-séreuse, séreuse même, celle-ci épaissie, dure, réagissant par des adhérences parfois énormes avec les organes voisins ; voilà les caractéristiques vraies et, semble-t-il jusqu'à présent, les seules de l'ulcère syphilitique de l'estomac.

4° Cicatrices.

Nous avons vu lors de la discussion des observations que la nature syphilitique de la plupart des cicatrices observées était douteuse. Il en est pourtant de sûrement syphilitiques, comme en témoigne le cas de Cornil où se trouvaient à la fois des gommès en évolution et une cicatrice, et sans doute aussi le cas de Weichselbaum dans lequel deux ulcérations présentaient un fond et des bords formés de tissu dur, cicatriciel. Ce processus de guérison une fois effectué ne semble pas en tous cas présenter de particularités intéressantes : il donnerait des cicatrices dures, blanches, rayonnées, en général de petites dimensions, visibles soit sur la surface péritonéale (Cornil), soit sans doute plus souvent sur la face interne de l'organe. Ces cicatrices seraient si fréquentes, au dire de Stolper, qu'il en a trouvé 8 fois sur 61 estomacs de syphilitiques qu'il a ouverts ; il est vrai que sur 98 estomacs d'adultes examinés par lui, Chiari n'a trouvé qu'une cicatrice très vraisemblablement due à un ulcère syphilitique cicatrisé, et il ajoute : « *Ma statistique montre que l'estomac des syphilitiques n'est pas plus souvent que celui des non syphilitiques le siège d'ulcères peptiques ou de cicatrices d'ulcères peptiques.* »

5° Sténose.

De la sténose pylorique nous avons peu à dire, car au point de vue anatomique nous n'en connaissons que deux cas certains : celui d'Hemmeter et Stokes et celui d'Hayem.

Dans le premier, l'orifice pylorique, fort resserré, n'admettait « qu'une sonde de la taille d'un crayon de mine de plomb ». A la coupe, les tuniques épaissies avaient un aspect pâle et blanc contrastant avec les bandes de tissu musculaire. L'épaississement des tuniques stomacales occupait surtout la

région pylorique, se terminant d'une façon presque abrupte sur la ligne de séparation du pylore et du duodénum : il était produit par l'infiltration surtout de la musculuse et de la sous-muqueuse. Cet estomac était d'ailleurs très petit.

Dans le cas d'Hayem, où l'estomac était cliniquement dilaté, se rencontrent de nombreuses analogies avec le fait précédent : même siège, même limitation assez nette, même infiltration énorme de la musculuse. Nous avons brièvement décrit plus haut cette intéressante pièce.

*
* *

Nous ne voulons pas insister sur *les lésions vasculaires* si importantes de la syphilis stomacale ; nous les avons vues chemin faisant, depuis la simple disposition concentrique des tissus néoformés autour des vaisseaux, jusqu'à l'épaississement des tuniques et à l'oblitération totale. Certains auteurs même, tels que Flexner, Cesaris-Demel par exemple, pensent que ces lésions d'oblitération, par les troubles nutritifs qu'elles occasionnent, suffisent à déterminer l'ulcère syphilitique de l'estomac ; celui-ci comprendrait alors deux variétés pathogéniques : ulcère d'origine gommeuse par nécrose, ulcère d'origine vasculaire.

Indépendamment de toutes ces lésions, nous nous contenterons de signaler toutes celles que Virchow, Chiari, Hemmeter, et d'autres encore rattachent indirectement à la syphilis : ecchymoses punctiformes, congestion de la muqueuse, érosions hémorragiques, etc... ; tout cela est dû pour ces auteurs à des *troubles circulatoires de stase* en rapport avec la syphilis d'autres viscères, foie surtout, ou encore à une véritable *diathèse hémorragique* produite par la syphilis, surtout chez les spécifiques héréditaires. Tout cela se rencontre dans la syphilis, mais ne résulte pas de la localisation des processus syphilitiques sur l'estomac.

*
* *

Une dernière question, mais d'un grand intérêt, se pose actuellement, c'est la détermination de la spécificité d'une lésion syphilitique par la recherche en elle-même du *spirochæte pallida*. Cet agent que depuis peu de temps de nombreux auteurs ont recherché un peu partout et que l'on trouve dans les viscères et même dans le sang des hérédosyphilitiques, nous l'avons recherché avec soin dans trois estomacs de spécifiques héréditaires provenant du service de notre maître M. le Dr Boissard qui les a fort obligeamment mis à notre disposition. Il serait intéressant de rechercher ce même spirochæte dans nombre de pièces de syphilis stomacales, lorsque celles-ci sont conservées dans le formol, fixateur permettant même au bout d'un certain temps l'emploi de la technique précisée par M. Levaditi. Nous ne sachons pas que ce travail ait été fait jusqu'ici mais nous avons récemment pris connaissance d'un travail de Krienitz publié en Allemagne, et dans lequel l'auteur a pu observer divers spirochætes, entre autres le spirochæte pallida de Schaudinn et Hoffmann dans le contenu stomacal d'un malade atteint de carcinome de la petite courbure. Le diagnostic de carcinome fut d'ailleurs un diagnostic purement clinique, basé sans doute sur la cachexie, peut-être la présence d'une tumeur, en tous cas, dit l'auteur, sur une tendance aux hémorragies. Or, la présence du spirochæte pallida dans le contenu liquide de cet estomac nous fait douter de l'exactitude d'un tel diagnostic, et nous pensons qu'il s'agit peut-être là d'un cas méconnu de syphilis stomacale.

On conçoit tout l'intérêt que pourrait avoir les recherches de l'agent pathogène de la syphilis dans le contenu stomacal, s'il était prouvé que l'ulcération des néoformations spécifiques de l'estomac déverse en même temps dans la cavité de l'organe et les produits de la fonte des tuniques muqueuses et sous-muqueuses et les spirochætes contenus dans ces tissus

néoformés. A ce titre, l'autopsie du malade de Krienitz est d'un intérêt capital. Nul doute d'ailleurs que ce nouveau champ de recherches ne soit bientôt exploré.

Nous avons employé pour la recherche du spirochæte dans nos coupes la technique indiquée par M. Levaditi : fixation dans le formol à 10 0/0 et imprégnation par l'argent selon la méthode de Ramon y Cajal.

Bien que nous ayons prélevé des fragments en plusieurs régions différentes de l'estomac, grande courbure et portion pylorique, nous n'avons point trouvé de spirochætes.

Pressés par le temps nous n'avons pu étudier d'autres pièces, et ne saurions poser de conclusions fermes sur ce point. Mais si l'on songe que les lésions histologiques constatées par nous dans ces trois estomacs n'avaient microscopiquement d'autres caractères que ceux d'une gastrite inflammatoire diffuse plus ou moins marquée, et peut-être banale, on conçoit que les spirochætes puissent y manquer. Sans doute d'autres observateurs seront plus heureux, et nous pensons que la recherche de l'agent de la syphilis est d'un grand intérêt pour le diagnostic anatomique des lésions de la syphilis stomacale,

OBSERVATIONS (1).

Des observations concernant des cas de syphilis gastrique certaines seront reproduites avec quelques détails, beaucoup même *in extenso*.

Pour les autres, et en particulier celles où il n'a point été fait d'examen anatomique, nous ne donnerons que l'indication bibliographique qui les concerne et le titre en rapport avec leur contenu.

I. — Observations concernant des cas probants de syphilis gastrique.

Obs. 1. — KLEBS, *Handbuch der pathol. Anat.*, I, 1869, p. 261.

Il s'agit d'un homme qui présentait de nombreuses cicatrices et ulcérations syphilitiques de la peau, des ulcérations spécifiques du larynx, syphilomes de la langue et du foie, gommes du poumon, gommes et ulcérations de la fin de l'intestin grêle.

« Il existait une ulcération syphilitique de l'estomac, située sur la paroi postérieure, près de la petite courbure, éloignée de 2 pouces du cardia. La muqueuse était ulcérée sur la longueur d'une pièce de un centime comme on l'observe dans de semblables affections de la base de la langue. Les autres couches de la paroi stomacale étaient épaissies ; on voyait à partir de la séreuse un épaississement bien limité, brillant, tendineux, qui allait sur le fond de l'ulcère en formant une masse lardacée, argentée. » A la coupe, on vit qu'il s'agissait de néoformation gommeuse des tuniques stomacales accompagnée de dégénérescence caséuse du côté des couches internes.

Obs. 2. — OSER (cité par HAYEM et TISSIER, *Revue de Médecine*, 1889).

Nodules gommeux de l'estomac et de l'intestin chez un hérédo-syphilitique.

Enfant syphilitique n'ayant vécu que deux heures. Sur l'estomac et la

(1) Les observations sont placées par ordre chronologique.

face postérieure du duodénum existaient de petits nodules, de la grosseur d'une lentille, fermes, blanc jaunâtre. Ces nodules devenaient elliptiques, plus étendus et plus nombreux dans le jéjunum et l'iléon. Ils correspondaient, dans la plupart des points, aux plaques de Peyer.

Obs. 3. — CORNIL, *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 28 mai 1874.

Syphilis vicérale: autopsie. — Gommès du foie et de l'estomac. — Inflammation chronique des ganglions lombaires et bronchiques. — Lymphangite du poumon..

La nommée A....., âgée de 39 ans, couturière, entre à la Charité le 25 mars 1874, au n° 22 de la salle Saint-Vincent, dans le service de M. le docteur Woillez (l'observation clinique a été prise par M. Pinard, interne du service).

Cette femme, grande, brune paraît considérablement anémiée ; la peau du visage est d'un blanc mat remarquable ; les lèvres sont décolorées ainsi que toutes les muqueuses ; les yeux sont profondément excavés ; la voix est complètement aphone.

Au point de vue de ses antécédents pathologiques, voici les renseignements que nous avons pu obtenir. Elle n'a eu aucune maladie pendant son enfance. Réglée à 14 ans, elle le fut toujours régulièrement jusqu'au mois de novembre 1873. Depuis cette époque, les règles sont supprimées.

Vers l'âge de 25 ans, elle eut des crises nerveuses qui se sont renouvelées assez fréquemment, surtout à l'occasion de contrariétés qu'elle éprouve. D'après la description de ces crises, il est évident que cette femme est hystérique, sensation de boule qui remonte de l'estomac à la gorge et qui l'étouffe, mouvements convulsifs, etc. Elle nie absolument avoir eu aucune maladie ; depuis quelque temps, l'état général devint mauvais, les forces diminuèrent ; puis des douleurs se firent bientôt sentir dans le ventre, principalement dans la région hypogastrique. En même temps, l'appétit diminua sensiblement et les digestions s'accomplirent péniblement. Malgré cela, elle continua à travailler. Il y a quinze jours, elle perdit la voix, subitement, assure-t-elle ; puis elle éprouva des vomissements de matières alimentaires. Ce sont ces vomissements qui la firent entrer à l'hôpital.

L'examen du cœur et de la poitrine ne révèle rien d'anormal. Léger bruit de souffle à la base. Du reste, la malade ne tousse pas ; le pouls est normal, ainsi que la respiration. Le ventre est sensible à la palpation.

Au niveau des fosses iliaques, il existe une véritable hyperesthésie.

Le toucher vaginal donne des résultats négatifs : col de nullipare sain ;

utérus non augmenté de volume, etc. Interrogée à ce moment spécialement au point de vue de la syphilis, elle nie énergiquement ; on ne voit, du reste, aucune trace de manifestation cutanée ancienne ou récente. A la suite de cet examen, cette femme nous ayant dit qu'elle était obligée de passer les nuits à travailler, on porte le diagnostic suivant : chloro-anémie chez une hystérique, traitement : régime tonique, antispasmodiques.

26 mars. — La nuit a été mauvaise ; la malade nous dit que, dans la nuit, elle a eu un accès d'étouffement ; mais, ce matin, la respiration est calme. La percussion ne dénote rien ; les signes stéthoscopiques sont nuls. Le soir, elle ne se plaint pas. Elle a vomi deux fois dans la journée.

Les matières rendues sont verdâtres.

27. — Nous la trouvons très abattue, les yeux sont encore plus profondément excavés que les jours précédents.

Pouls normal ; respiration non accélérée ; ventre toujours sensible.

Dix minutes après la visite, elle éprouva une dyspnée considérable, fit des efforts pour se lever, fit signe qu'on ouvrit la fenêtre, agita violemment les bras, et retomba sur son oreiller ; lorsqu'on arriva auprès de la malade, elle était morte.

La face était cyanosée, ainsi que les extrémités.

AUTOPSIE faite le 29 mars 1874. — *Estomac* : la muqueuse stomacale examinée le long de la petite courbure et dans le voisinage du pylore présente le relief de tumeurs aplaties, marronnées ; l'une ayant 5 centimètres de diamètre, l'autre 3, et la dernière 2 centimètres ; à leur niveau, la muqueuse est soulevée ; elle est froncée sur la plus grosse qui présente une légère dépression à son centre ; toutefois, la muqueuse n'est pas intéressée par une ulcération, et paraît lisse et normale, bien qu'amincie. Sur ces tumeurs la muqueuse est adhérente ; sur une section perpendiculaire à la surface, on voit le tissu sous-muqueux épaissi et induré de manière à présenter une épaisseur de 8 à 12 millimètres, et ce relief, formé par l'épaississement du tissu sous-muqueux, se distingue parfaitement de la couche musculaire qui est au-dessous. On y voit une section passant à travers les différentes couches d'une de ces tuméfactions de l'estomac. Le centre de la tumeur est déprimé, bien qu'il soit recouvert de la muqueuse, les couches musculieuses sont normales ou à peine épaissies, tandis que le tissu conjonctif sous-muqueux est très hypertrophié ; ce tissu conjonctif est d'une consistance fibreuse, très dense, et ne présente pas de suc par le raclage, sa couleur est jaunâtre. La couche musculaire est très nettement hypertrophiée ; à ce niveau le pylore est un peu rétréci. Il n'y a pas d'adhérences de l'estomac avec le foie ; mais, au niveau de la petite courbure, le tissu cellulaire périphérique est adhérent avec les ganglions

lymphatiques indurés, et on voit à la surface une cicatrice dure, blanchâtre, rayonnée.

Une adhérence épiploïque unit le gros intestin avec le ligament large gauche. Il y a aussi une induration et une cicatrice rayonnée de la surface du mésentère.

Fin de l'autopsie (résumée). — Lésions de laryngite. Ganglions pérित्रachéaux gros, ardoisés. Lymphatiques pulmonaires par places formant des cordons noueux pleins d'une substance grise ou jaunâtre, pâteux, ayant l'aspect du pus caséeux. Cœur normal. Foie ratatiné avec gommes syphilitiques et sillons cicatriciels. Reins normaux. Ganglions lymphatiques de la région cœliaque très durs, gros, blancs à la coupe, suintant par pression, abondants en particulier au-dessus du pancréas et autour du pylore. Utérus gros avec petits myomes. Cerveau normal.

Examen microscopique. — Estomac : les sections perpendiculaires à la surface de la muqueuse stomacale et passant à travers les différentes couches qui constituent les mamelons précédents montrent :

1° La couche glandulaire, qui est à sa surface hérissée de petites saillies villeuses ou papillaires étroites ou obliques. Ces villosités sont formées par le bourgeonnement hypertrophique du tissu conjonctif qui entoure les glandes en tube. Ces glandes sont séparées les unes des autres par ce tissu conjonctif épaissi et fibreux ; les tubes glandulaires sont rétrécis et le conduit excréteur est remplacé presque complètement par le tissu conjonctif sur celles qui se trouvent au centre déprimé des mamelons saillants ; les culs-de-sac terminaux des glandes sont à peu près normaux dans la plus grande partie du mamelon ; ils se présentent sur les coupes à 1 millimètre ou 1 mill. $\frac{1}{2}$ de la surface sous la forme d'agglomérations de sections circulaires ayant le diamètre normal des culs-de-sac, au centre seulement de la tumeur ils sont plus rares et moins faciles à distinguer ; à un plus fort grossissement (200 à 400 diam.), les villosités apparaissent comme un tissu conjonctif serré, couvert de quelques cellules plates et contenant entre ses fibres des cellules embryonnaires rondes et des granulations graisseuses. Les granulations graisseuses, qui existent seulement dans les parties saillantes, proviennent évidemment des aliments, car il existe aussi à la surface des villosités et dans l'intérieur des conduits glandulaires des corpuscules d'amidon (la malade avait mangé de la soupe peu de temps avant sa mort) ; les tubes glandulaires contiennent quelques cellules d'épithélium cubique et petit qui ne forment pas un revêtement complet ; on ne peut que rarement suivre un de ces canaux glandulaires qui se rendent à un cul-de-sac, et, d'un autre côté, au-dessus d'un groupe de culs-de-sac on ne peut voir aucun vestige de conduits ; les dila-

tations terminales des glandes possèdent leur membrane propre très mince et des cellules qui la tapissent complètement. Sur les sections, ces cellules présentent la forme et l'apparence de cellules muqueuses ; elles sont cylindriques, à grosse extrémité tournées vers la paroi, à extrémité plus petite tournée vers le centre du cul-de-sac ; leur paroi mince offre un double contour et leur contenu est muqueux, clair et grenu ; le tissu qui les entoure est un tissu conjonctif feutré, serré, contenant des fibres élastiques, des fibres de tissu conjonctif et des cellules rondes et petites.

Il est parcouru par de nombreux vaisseaux sanguins.

2° Le tissu sous-muqueux qui constitue, ainsi qu'il a été dit, tout le relief de la néoformation, est serré, dense, feutré, parcouru par des vaisseaux artériels capillaires et veineux remplis de sang ; il contient des fibres élastiques et de tissu conjonctif, entre lesquelles existent de très nombreuses cellules embryonnaires, petites, rondes ou un peu allongées ; on trouve en outre des îlots de ces cellules au milieu d'une substance fondamentale granuleuse et peu abondante, de véritables îlots sphériques de tissu embryonnaire ; au centre déprimé des tumeurs, le tissu conjonctif se continue directement jusqu'à la surface, car en ce point, la couche glandulaire, en grande partie atrophiée, est réduite à quelques rares tubes atrophiés, à quelques groupes de culs-de-sac distants les uns des autres.

3° Les couches musculieuses sont très épaisses, transparentes ; les faisceaux des fibres lisses sont séparés par des bandes de tissu fibreux contenant entre les fibres des cellules embryonnaires rondes ; mais ces éléments ne se rencontrent pas dans l'intérieur des faisceaux entre les cellules musculaires. Celles-ci sont grosses, transparentes, réfringentes, munies de leurs noyaux caractéristiques.

Dans la couche de tissu conjonctif péritonéal, même néoformation d'éléments cellulaires.

Les autres lésions (*résumées*) comportent des gommés typiques du foie avec tissu fibreux riche en éléments embryonnaires entourant les lobules d'une zone cirrhotique, et des lésions de lymphangite avec inflammations ganglionnaires consécutives à la syphilis.

Obs. 4. — WEICHSELBAUM, *Bericht der Krankenaustalt Rudolfsstiftung*, Wien. 1883, p. 383.

Un homme de 25 ans, mort d'érysipèle de la face, présentait des lésions syphilitiques du crâne, du pharynx, du larynx, du nez, et du foie ; dans l'estomac existait une cicatrice étoilée, blanchâtre un peu déprimée, et deux ulcérations de la paroi postérieure en haut de la grande courbure ; la base et les bords de ces ulcérations étaient formés de tissu dur, cica-

triciel ayant toutes les apparences des néoformations gommeuses de la syphilis.

Obs. 5. — CHIARI, *Prag. med. Wochenschrift*, 1885, X. 461.

Gommes et ulcérations de l'estomac chez un hérédo-syphilitique.

Enfant né le 6 octobre d'une tertipare de 33 ans, délicate, mal nourrie, atteinte de blennorrhagie vaginale et d'engorgement ganglionnaire très prononcé de l'aîne : il pesait à la naissance 2.910 grammes. A son admission à l'hôpital des Enfants-Trouvés qui eut lieu 11 jours après, il était déjà passablement amaigri (2.450 gr.), présentait un chevauchement des pariétaux, un enfoncement de la grande fontanelle, un engorgement médiocre des ganglions inguinaux et un ictère généralisé très accentué. Le 18 octobre, on pouvait déjà diagnostiquer les premiers éléments d'un exanthème syphilitique aux extrémités inférieures, car la peau de ces mêmes extrémités, surtout au niveau du dos des pieds, celle de la face dorsale des orteils, et au niveau du bord interne des pieds, se couvrait de macules rouge pâle et également de petites bulles. Les jours suivants, l'exanthème maculeux se propageait aussi au dos, aux surfaces latérales du thorax et en somme à tout le tronc. Les petites bulles au niveau des pieds devinrent plus grosses (Pemphigus syphilitique) et prirent un caractère purulent ; les macules pâlirent peu à peu, se transformèrent en taches pigmentaires brunâtres et desquamèrent. La peau de la paume des mains devint fortement brillante ; sur les lèvres, l'anus et la langue, apparurent des rhagades légèrement saignantes. Malgré l'administration d'un traitement antisypilitique, l'enfant dépérissait toujours davantage ; le 25 octobre survinrent des troubles de la respiration, qui amenèrent des accès asphyxiques répétés ; l'enfant tombait à vue d'œil dans le collapsus et mourut dans un accès asphyxique la nuit du 27 au 28 octobre. L'urine avait toujours été nettement ictérique, les selles mélangées de sang dans les derniers jours de la vie avaient toujours présenté auparavant une coloration bilieuse. Du côté de l'estomac on n'avait jamais constaté de symptômes morbides, et l'enfant avait bien pris le sein.

L'examen du cadavre, quelques heures après la mort, montra les lésions suivantes :

Il existait de la pneumonie blanche syphilitique dans les deux poumons, de la syphilis hépatique, de l'ostéo-chondrite syphilitique des extrémités articulaires des deux genoux, de nombreuses plaques gommeuses le long de l'intestin grêle...

L'estomac était peu dilaté ; il contenait des gaz et un liquide muqueux

mêlé d'un peu de caséine. La muqueuse paraissait en général légèrement injectée, mince et bien mobilisable sur la musculieuse. En quelques places pourtant elle était épaissie, blanchâtre, brillante, saillante dans la cavité stomacale et dure au toucher. A la coupe, on trouva qu'il s'agissait d'un épaississement et induration en plaques, non seulement de la muqueuse, mais aussi de la sous-muqueuse, musculieuse et séreuse, et que toutes les tuniques étaient transformées en un tissu uniforme calleux. Au niveau de quelques-unes des plaques on trouvait sur la face interne une ulcération brunâtre, paraissant due à un processus digestif par suc gastrique. En tout, il existait dans l'estomac cinq foyers de ce genre, trois situés ensemble sur la grande courbure, le plus grand ayant 2 centimètres de long, les deux autres $1/2$ centimètre; les deux autres foyers occupaient le fond de l'estomac et avaient 1 centimètre. La limite de ces foyers avec la paroi voisine était formée à la surface interne par une ligne irrégulière, dentelée, mais cependant bien marquée où existait une brusque différence de niveau; sur la surface externe de l'organe au contraire il y avait épaississement du péritoine à limites insensibles.

Microscopiquement, les plaques de l'estomac avaient l'aspect gommeux, Sur des coupes faites à leur niveau et dans la paroi gastrique voisine, on voit que la néoformation gommeuse concerne surtout la sous-muqueuse et atteint de là d'une part la muqueuse, d'autre part la musculieuse et la séreuse. L'infiltration gommeuse se compose d'un tissu granuleux riche en grosses cellules épithélioïdes rondes et fusiformes, tissu ordonné au plus épais en couches concentriques autour des vaisseaux sanguins, et à la formation duquel les parois externes des vaisseaux, c'est-à-dire des petites artères, prennent surtout part, tandis que leur endothélium est épaissi mais ne laisse voir aucune destruction. Dans ce tissu on trouve inclus d'assez rares leucocytes et d'assez riches plasmazellen. Des altérations régressives, en dehors de la nécrose digestive signalée plus haut au centre des épaississements, ne purent être trouvées. Dans le tissu voisin commençaient les néoformations gommeuses, au moins par places entourées d'une couche étroite d'infiltration leucocytaire. Dans la muqueuse, les glandes étaient séparées par le tissu gommeux et atrophiées, de sorte qu'au milieu des infiltrations on ne trouvait que de rares vestiges glandulaires. Si le tissu gommeux occupant la muqueuse se continuait avec le tissu granuleux de la couche sous-muqueuse, cependant il y avait partout une délimitation sous-muqueuse, constituée par la muscularis mucosæ, tantôt fréquemment traversée et disloquée, tantôt conservée comme couche antérieure.

Ce cas est réellement de la syphilis stomacale, parce que les éléments

des placards stomacaux sont des formations gommeuses nouvelles : tissu granuleux à gros noyaux, disposition autour des vaisseaux, etc. . . les foyers de l'estomac correspondaient microscopiquement et histologiquement aux plaques gommeuses de l'intestin, et relevaient des mêmes lésions microscopiques que les altérations hépatiques biliaires et pulmonaires constatées chez ce même malade.

Obs. 6. — BIRCH-HIRSCHFELD, *Lehrbuch der pathol. Anat.*, 3^e édit., Bd. II, 1887, p. 518, 537, 589.

I. — Nouveau-né avec syphilis de la peau et gomme du foie et des poumons. Chez cet enfant on trouvait dans la partie pylorique du ventricule un épaississement presque aussi grand qu'une paume de main, peu saillant, de couleur blanchâtre, et de consistance assez ferme qui était déterminé par le dépôt d'un tissu granuleux dans la sous-muqueuse et aussi une partie de la muqueuse. Ce tissu granuleux était riche en cellules épithélioïdes, et contenait des vaisseaux à parois épaissies, témoignant selon l'auteur de la nature gommeuse de cette plaque d'épaississement.

II. — Garçon de 3 ans, syphilitique héréditaire, présentant des formations ulcéreuses gommeuses dans de nombreux ganglions lymphatiques et des plaques gommeuses dans le jéjunum. Dans l'estomac existait au niveau du cardia une ulcération à bords durs, gommeux et fond nettoyé. A l'examen microscopique, néoformation gommeuse en voie de cicatrisation rétractile au centre.

III. — Femme de 45 ans qui eut la syphilis 5 ans avant sa mort et souffrait depuis quatre ans de l'estomac. A côté d'une gomme grosse comme le poing du lobe gauche du foie, existait dans la paroi antérieure de la portion pylorique du ventricule une plaque longue de 8 centimètres, argentée, dure, avec légère ulcération, dont les bords et la base étaient formés d'un tissu dur, cicatriciel, substitué à la muqueuse et à la sous-muqueuse et contenait des vaisseaux sanguins en partie oblitérés.

IV. — Homme de 35 ans, syphilitique depuis quatre ans, présentait une infiltration gommeuse des ganglions bronchiques et médiastinaux postérieurs, des cicatrices étoilées du foie et des plaques gommeuses de l'intestin grêle ; il existait une ulcération de l'œsophage, empiétant sur l'estomac, à fond lisse, en partie caséeux, à bords fibreux et épaissis. Au microscope, formation gommeuse récente.

Obs. 7. — CHIARI, *Intern. Beiträg. für Wissenschaft. med.*, 1891, Bd. II, p. 295.

Homme de 23 ans dont le diagnostic clinique était : tuberculose pulmonaire, syphilis, catarrhe gastro-intestinal.

Mère morte de tuberculose, 4 frères et sœurs morts en bas-âge. Depuis longtemps, souffrait de toux, expectoration, sueurs nocturnes. Deux années avant sa mort, infection syphilitique, un an avant, iritis syphilitique, et depuis ce temps vomissements fréquents. Il y a deux mois éruption papuleuse syphilitique sur le plan d'extension des membres supérieurs, qui disparut après des frictions mercurielles. Depuis 3 semaines, après chaque repas, douleurs dans la région gastrique et selles diarrhéiques.

A son entrée à l'hôpital, le 20 janvier 1887, malade fébrile, affaibli, signes de tuberculose de la moitié supérieure du poumon droit, douleurs vives dans la région gastrique, un peu d'albumine, et bacilles de Koch dans les crachats. Affaiblissement progressif et mort le 3 février.

AUTOPSIE (résumée, sauf en ce qui concerne l'estomac). — Cicatrice du gland. Adénopathies multiples. Exsudat pleural. Dans les poumons, tuberculose du lobe supérieur droit ; de plus, existence çà et là de 3 nodules non caséifiés et qui, à l'examen histologique, se sont révélés comme des gommes syphilitiques. Dans le foie, gommes, également dans les deux reins. Dans l'intestin grêle doubles lésions, les unes sont des abcès tuberculeux, typiques, les autres des gommes syphilitiques, ulcérées ou cicatrisées.

Estomac moyennement dilaté, contenant un liquide aqueux et muqueux avec nombreux résidus alimentaires. La musculature n'est pas hypertrophiée, la muqueuse est par endroits légèrement épaissie, avec une disposition mamelonnée correspondant dans la partie pylorique à un catarrhe chronique. La séreuse est en général mince. Sur la paroi postérieure se trouvait une perte de substance occupant la moitié droite de l'estomac, étendue de la petite à la grande courbure, éloignée de 5 centimètres du pylore, presque ronde, et qui donnait d'abord l'impression d'un ulcère peptique ordinaire. Au centre, cet ulcère intéressait toute l'épaisseur de l'estomac, à tel point qu'il existait une perforation arrondie de 5 centimètres de diamètre, mais que fermaient complètement le pancréas adhérent, le méso-côlon transverse et les tissus environnant du duodénum et du jéjunum. A la périphérie, la perte de substance, moins profonde, concernait seulement la muqueuse dont quelques fragments nécrotiques, brunâtres, adhéraient à la perte de substance, et çà et là la sous-muqueuse, voire même les couches les plus internes de la musculature.

En pratiquant des coupes sur les bords de l'ulcère et sur les régions voi-

sines, on vit bientôt que cette perte de substance était d'un genre spécial et que la sous-muqueuse des zones environnantes était envahie par le même tissu d'infiltration rencontré dans les plaques de l'intestin grêle. Cette infiltration s'étendait de la sous-muqueuse dans la muqueuse, par places, et dans la musculieuse sous-jacente. « J'avais déjà, dit l'auteur, par l'examen macroscopique, l'impression qu'il y avait là une perte de substance qui sans doute était à considérer comme peptique, mais qui vraisemblablement s'était développée dans une partie de la paroi stomacale modifiée déjà et atteinte d'infiltration gommeuse. » Les tissus voisins recouvrant la perforation gastrique étaient cicatriciels. Cette façon d'envisager la perte de substance s'appuya encore sur une base nouvelle, la présence dans l'estomac en diverses places d'épaississements de la paroi stomacale complètement analogues aux infiltrats en plaques de l'intestin : l'un gros comme un pois était au milieu de la paroi antérieure de l'estomac, juste en face de la perforation de la paroi postérieure, un autre de 2 centimètres était sur la grande courbure vers le fond de l'estomac (grosse tubérosité), et 3 autres d'un centimètre carré environ siégeaient à côté de cette dernière. Ces épaississements, occupant la sous-muqueuse et la muqueuse, étaient saillants dans la cavité stomacale, avaient une couleur blanchâtre, une consistance ferme, et se perdaient peu à peu dans le voisinage. L'épaississement siégeant sur la paroi antérieure était légèrement dégénéré à son centre, les autres avaient leurs couches superficielles intactes.

Dans tous ces infiltrats et dans les bords de l'ulcère furent faites de nombreuses coupes histologiques : elles montrèrent avec certitude l'identité de l'infiltration des parois stomacales déjà si frappante macroscopiquement, avec les plaques gommeuses de l'intestin. La figure 4 de la planche XIII montre l'image d'une telle coupe à travers les bords de la perte de substance ; on y voit clairement comment dans la partie répondant à la nécrose il existe une couche constituée par un tissu granuleux à grosses cellules avec vaisseaux sanguins à parois très épaissies, tissu qui occupe surtout la sous-muqueuse, mais se prolonge aussi dans la musculieuse. Cette couche, assez pauvre en leucocytes se prolonge en dehors par une infiltration leucocytaire dans toutes les tuniques de l'estomac, et paraît être dans la sous-muqueuse comme une zone frontière avec le tissu normal. Dans les petits infiltrats de l'estomac, la sous-muqueuse est de même le siège principal de l'infiltration du tissu granuleux, mais celui-ci se prolonge, au moins au centre, dans la muqueuse et la musculieuse. Là aussi l'assemblage leucocytaire en général peu abondant devient très abondant à la périphérie.

J'en conclus à une affection réellement syphilitique, et de plus gommeuse, de l'estomac. Ce diagnostic peut être porté parce que, d'une part il y avait des gommès non encore dégénérées, d'autre part la gomme apparaissant comme le point de départ de la perte de substance était encore au moins sur les bords de l'ulcère reconnaissable comme telle.

Obs. 8. — CHIARI, *Ibid.*

Garçon nouveau-né (9^e mois) mort une demi-heure après la naissance. Pemphigus, gommès du poumon et des os, ostéo-chondrite syphilitique, hépatite intense diffuse avec tumeur de la rate et induration du pancréas, et chez lequel il y avait dans l'intestin grêle de nombreux infiltrats gommeux en plaques. La muqueuse et la sous-muqueuse de l'estomac étaient hyperhémiques et infiltrées de leucocytes et, de la même façon que la muqueuse de l'intestin grêle, présentaient une inflammation diffuse entre les infiltrats gommeux, de telle sorte qu'il peut être parlé avec la plus grande vraisemblance d'une affection inflammatoire diffuse de l'estomac, suite de syphilis héréditaire.

Obs. 9. — BITTNER, *Prag. med. Wochenschrift*, 1893, XXIII, 581 et *Centralblatt f. allgem. Pathologie*, Bd. V. 1894, 175 cité par OBERNDORFER.

Lésions gommeuses de l'estomac dans trois cas de syphilis héréditaire.

I. — Garçon, mort au bout de 2 h. 1/2, atteint de syphilis congénitale (Pneumonia alba, ostéopériostite, gommès dans le foie et l'intestin). Au niveau de la paroi antérieure de l'estomac, infiltrations au nombre de sept, de la grosseur d'un pois, indurées, blanchâtres, en forme de plaques. A l'examen microscopique, hyperplasie de la sous-muqueuse, s'étendant à la muqueuse et à la musculuse. Hyperplasie de l'adventice.

II. — Fœtus macéré, atteint de syphilis congénitale (Pemphigus syphilitique. Gommès dans le poumon, le foie, l'intestin grêle. Ostéopériostite). Au niveau de la paroi antérieure de l'estomac, à la limite de la région du cardia et de la grosse tubérosité, une infiltration, de la grosseur d'une lentille, blanchâtre, indurée, à bord modelé, ulcérée superficiellement. A l'examen microscopique, tissu granuleux venant de la sous-muqueuse, surtout compact autour des vaisseaux.

III. — Fille, macérée, atteinte de syphilis congénitale (gommès dans le poumon, le foie ; lésion des capsules surrénales, de l'intestin grêle et des reins). Par places, épaississements de la paroi stomacale. A l'examen microscopique, infiltration gommeuse de la sous-muqueuse et de la muqueuse.

Obs. 10. — CHIARI, *Zeitschrift f. Heilk.*, Bd. XV, 1894.

Enfant de 1.750 grammes, d'une longueur de 42 centimètres, mort 15 minutes après sa naissance, atteint de syphilis héréditaire.

Présence d'un abcès de Dubois dans le thymus. Muqueuse stomacale rouge et épaissie par places. Ces épaississements apparaissaient comme des infiltrats gommeux dans la muqueuse et dans la sous-muqueuse.

Obs. 11. — STOLPER, *Bibliotheca medica* (Heft. 6, Cassel, 1896).

Ulcères gommeux de l'estomac.

K. Grünberg, 43 ans, ouvrier fourreur. Diagnostic clinique : syphilis tertiaire, tuberculose ou syphilis pulmonaire, myocardite. Mort le 3 décembre 1893.

AUTOPSIE le 4, 26 heures après la mort. — *Anamnèse* : le malade n'était que depuis 2 jours en observation dans la section des maladies internes de l'hôpital de la Toussaint, tandis qu'auparavant il avait été traité par son médecin particulier ; la déformation du nez, ainsi que les cicatrices du cou amenèrent plusieurs fois naturellement à demander au patient s'il se souvenait d'avoir eu la syphilis. Il nia chaque fois cette infection et expliqua les cicatrices cutanées par une prétendue brûlure.

Etant, nous dit-il, depuis l'année 1890 en traitement pour des troubles respiratoires et digestifs, c'est l'iodure de potassium, ainsi que le médecin l'a noté, qui a toujours rendu le plus de services de tous les divers médicaments auxquels on eut recours. Pour la dyspnée très forte on consulta même un laryngologiste, mais comme ce dernier ne put en découvrir la cause ni dans le larynx, ni plus profondément, on considéra les altérations nasales comme la cause du bruit de scie particulier de la respiration ; le patient avait par moments une expectoration grumuleuse et fétide. A une autre époque survinrent des maux d'estomac, inappétence, douleurs et crampes surtout dans la région gastrique. Ces derniers troubles furent, paraît-il, améliorés par hasard par l'iodure de potassium ; le patient se mit à maigrir en même temps que, dans les derniers temps, sa dyspnée s'accroissait de plus en plus.

A l'hôpital, le malade ne put être examiné que superficiellement à cause de son état général grave. Dans l'expectoration on ne découvrit aucun bacille de la tuberculose.

Diagnostic anatomique : Syphilis invétérée. Pneumonie chronique du lobe inférieur droit, bronchite suppurée du lobe inférieur gauche ; dans ce dernier, broncheectasies. Des deux côtés, adhérences des feuillets

pleuraux, sténose cicatricielle très accentuée de la trachée et plus faible du larynx. Atrophie lisse de la base de la langue. Tuméfaction ancienne et récente de tous les ganglions lymphatiques. Gommages ulcérées de l'estomac. Cicatrices syphilitiques du foie. Légère dilatation et hypertrophie des cavités droites du cœur. Bosse syphilitique du nez. Cicatrices cutanées sur la poitrine. Cicatrices sur le gland.

Estomac. — Sur l'organe, qui est peu dilaté, il n'y a extérieurement rien d'anormal à remarquer, ni dans sa situation, ni dans sa forme et son apparence : seule la portion pylorique est recouverte par quelques pseudo-ligaments qui vont du foie au côlon transverse.

A l'ouverture sort un peu de bouillie alimentaire grisâtre, demi-fluide. La paroi ne présente aux ciseaux conduits du pylore au cardia le long de la grande courbure aucune résistance inaccoutumée : elle ne paraît pas épaissie en général sur la surface de la coupe, la muqueuse est partout facile à détacher des couches externes. A l'ouverture de l'organe on voit un aspect non habituel : au niveau de la paroi postérieure on remarque, environ sur une étendue telle qu'on peut exactement recouvrir les parties malades avec les doigts index et médus placés l'un à côté de l'autre, un épaississement avec changement de coloration sur la surface duquel se voient de nombreuses pertes de substance. Environ à la même distance (4 à 5 cent.) du cardia, se voient deux bourrelets de la grosseur du petit doigt à développement graduel, qui, convergeant l'un vers l'autre, suivent généralement la longueur de l'organe, c'est-à-dire la direction du cardia au pylore. Peu à peu, comme ils débutent, ces épaississements s'arrêtent aussi bien aux extrémités que sur les côtés. Le bourrelet supérieur a juste 5 centimètres de long, l'inférieur copieusement rembourré est de la même longueur.

Par leur couleur en partie d'un rouge clair, en partie d'un rouge plus brunâtre, ils se détachent également distinctement du reste de la surface interne grisâtre de l'estomac. Sur la surface extérieure séreuse de la paroi stomacale il n'y a pas de saillie visible, d'où une proéminence cylindrique d'autant plus marquée de la surface interne muqueuse. Tandis que la muqueuse gastrique paraît en général granuleuse, lâche et grisâtre, elle devient ici lisse, compacte, rougeâtre ; enfin, sur la surface de l'épaississement en forme de poutre, brillante, pour faire place finalement à des pertes de substances plus ou moins profondes.

On remarque trois grandes ulcérations et autant de plus petites ; la grande a 2 centimètres de long et la moitié de large, la plus petite est de la grosseur d'une lentille ; leur forme est ronde ou ovale. Les bords jaunâtres des ulcérations sont peu taillés à pic, mais sont très compacts, leur

fond est jaune, lardacé, coloré, en partie par du pigment noir. Sur une coupe la muqueuse paraît interrompue dans l'étendue de l'ulcère, par contre la sous-muqueuse est répandue très solidement sur environ $3/4$ de centimètre et remplacée par un tissu compact, d'un gris jaunâtre un peu vitreux, qui ne s'arrête pas entièrement en pente brusque contre la muqueuse qui n'est que légèrement épaissie. Au niveau de la petite courbure, à proximité du cardia, tout près de la séreuse, se trouvent quelques noyaux glandulaires de la grosseur d'une noisette qui à la coupe paraissent pâles.

Pour l'examen microscopique, nous avons pris en premier lieu dans le bord même de l'ulcère, et en second lieu dans une des portions de la paroi stomacale non ulcérées, mais épaissies.

Le processus morbide, c'est-à-dire ce qui saute aux yeux, se joue essentiellement dans la sous-muqueuse ; car l'ulcération de la muqueuse ne doit être regardée que comme le résultat des modifications liées à l'altération des vaisseaux nourriciers de la sous-muqueuse. Quoique la muqueuse soit entièrement disparue dans l'étendue de l'ulcération, et qu'en un point même la *muscularis mucosæ* soit presque dépassée, on peut encore très bien différencier les diverses couches de la paroi stomacale. Et l'on voit ainsi que l'épaississement de cette même paroi est presque exclusivement formé par l'épaississement de la sous-muqueuse. La cause de cet épaississement est une transformation particulière de cette couche, qui, comme elle passe peu à peu d'une façon sensible de l'état sain à l'état malade, se laisse très bien suivre. Dans le tissu conjonctif à grandes mailles, riche en gros vaisseaux, apparaissent peu à peu de plus en plus des fibres particulières, muqueuses ou rappelant morphologiquement un réseau de fibrine. Ces fibres semblent d'un gris noirâtre dans la préparation non colorée, pourtant elles offrent un ton un peu jaunâtre : à un grossissement plus fort et avec un diaphragme suffisant, on distingue un feutrage fin et serré. Contrairement à la coloration entièrement nulle des noyaux, ces parties prennent un peu l'éosine ; l'acide picrique, suivant la méthode de coloration de van Gieson leur communique un ton jaune mat, par lequel elles se détachent fortement à côté du tissu conjonctif périvasculaire, qui est d'un rouge clair. Dans la préparation avec coloration simple à l'hématoxyline ou le carmin à l'alun, elles ont un aspect gris à peu près comme des plaques, qui, n'ayant pas été suffisamment lavées, ne se seraient pas éclaircies par l'huile.

Entre ces parties passent traversant la paroi, des bandes plus minces avec coloration apparente des noyaux. Ces dernières se rattachent essentiellement aux vaisseaux, qu'elles isolent. Ce ne sont pas de simples fibrilles du tissu conjonctif, qui ont subsisté là parmi le tissu nécrotique, mais il

apparaît de grosses cellules qui, sur la préparation fraîche non colorée, font penser par leurs granulations à des cellules épithéliales légèrement malformées, mais après coloration se caractérisent comme de grosses cellules de tissu conjonctif. En outre de cette inflammation péri-vasculaire, on voit aussi une abondante prolifération à la surface interne des artères, surtout dans celles de calibre inférieur, dont l'étroite lumière n'est pas en rapport avec l'épaisseur de leurs parois. La richesse des vaisseaux et leurs altérations s'accroissent du côté de la *muscularis mucosæ*. Là on trouve également des amas isolés, de forme ronde, de cellules de granulations, sans qu'on trouve encore une lumière vasculaire même dessinée. Dans la muqueuse elle-même on remarque là où elle n'est pas près de la normale comme dans le reste de l'estomac, ou bien où elle est déjà nécrotique comme dans les alentours les plus voisins de l'ulcère, au-dessus de la sous-muqueuse infiltrée un tissu de soutien interglandulaire compact et riche en cellules. Rarement les follicules glandulaires semblent être abondants ; on rencontre fréquemment ces amas arrondis de lymphocytes qui, dans la muqueuse, reposent sur la *muscularis*. Dans la couche musculaire de la paroi stomacale, il n'y a rien d'anormal à remarquer en dehors d'une altération des vaisseaux de faible degré suivant la forme mentionnée plus haut...

Obs. 12. — FLEXNER, *American journal of med. scienc.*,
Philadelphie, 1898, p. 424.

Ulçère perforé de l'estomac chez un syphilitique.

Le cas que j'ai à relater est celui d'un homme, âgé de 52 ans, dont la maladie remontait à trois ans. Cet homme était un malade du Dr Irving Miller, de Baltimore, à qui je dois l'importante observation clinique, et le privilège d'avoir été choisi pour faire l'autopsie.

Il était resté deux fois à l'hôpital, mais seulement pour y être examiné ; il n'y était pas en traitement. Le Dr Miller nous écrit : « Je vis pour la première fois le malade en août 1892 ; à ce moment c'était un homme gros, fort bien nourri, d'environ six pieds de haut et pesant 170 livres. Son poids moyen était de 200 livres. Il exerçait la profession de directeur de spectacle forain. Sa maladie apparut pour la première fois à la Noël dernière, pendant qu'il remplissait un engagement à Boston, et se trouvait dans une partie de débauche.

« Elle débuta par une dure période de vomissements qui dura plusieurs jours et fut suivie de frissons irréguliers. Cet état de choses continua par boutades jusqu'à l'été, lorsque je le vis pour la première fois. A ce mo-

ment, la température oscillait autour de 401° F.; il y avait une tumeur dans la région splénique s'étendant à 9 centimètres au-dessous du rebord costal, et en vaant tout près de l'ombilic. Une sensibilité exquise était accusée sur toute sa surface. Je considérais la tumeur comme formée par la rate hypertrophiée. L'urine contenait du pigment biliaire et il y avait un peu de pigmentation de la peau. On ne trouvait ni sucre, ni albumine dans l'urine.

« On nota un peu de changement à cet état de choses pendant quelques mois, car la tumeur splénique fut trouvée sensiblement diminuée et il était apparu de l'ascite..... Ponctions successives.... L'accumulation de liquide continua pendant deux ans, puis commença alors à diminuer, jusqu'à ce qu'il n'en restât plus qu'une très petite quantité pouvant séjourner dans l'abdomen... La nuit avant sa mort, le patient dina abondamment de crabes frits et de crème glacée. Quand je le vis, quelques heures avant sa mort, il avait de violentes douleurs abdominales et du tympanisme. Le pouls était fibreux, faible, marquait 130 à la minute; il y avait des sueurs profuses. La mort eut lieu au début de la matinée ».....

L'autopsie fut faite huit heures après la mort par un jour chaud de juin.

Diagnostic anatomique : Adhérences anciennes entre le foie, l'estomac, la rate et le pancréas. Grosse gomme hépatique. Ulcère syphilitique de l'estomac avec perforation. Péritonite aiguë diffuse, séro-fibrineuse et caséeuse.

... En séparant doucement les adhérences en cette région, on vit le contenu de l'estomac faisant issue par une petite ouverture de cet organe. Cela concordait avec les matières trouvées dans la cavité péritonéale, lorsqu'elle fut ouverte de prime abord. La paroi de l'estomac en ce point était ferme comme une planche et, en la disséquant en l'absence de la rate, on la trouva épaissie hors de toutes proportions avec le reste de l'organe; la perforation s'était faite sous les adhérences spléniques et en un point incomplètement recouvert par l'épiploon. A l'ouverture de l'estomac, qui était très resserré, la muqueuse offrait une apparence mamelonnée, mais au niveau du fond, à 4 centimètres du cardia et occupant la grande courbure, se trouvait un vaste ulcère, mesurant 5 X 5 centimètres. Sa base, sur la plus grande partie de la région centrale, était formée par la musculaire; ses bords étaient épais, fermes, d'apparence polypeuse, et la perforation mesurait 15 X 3 millimètres de dimensions.

Tout autour de la perforation, les tissus présentaient une apparence verdâtre, nécrotique... Dans le but d'une étude microscopique, des pièces de l'ulcère provenant de plusieurs parties différentes furent soumises à l'examen. Les principaux caractères microscopiques sont les suivants : le pro-

cessus pathologique est localisé principalement dans la sous-muqueuse, qui rend cette tunique plus épaisse qu'à l'état normal, les cellules appartiennent en général au type des cellules de tissus de granulations dont beaucoup sont volumineuses et d'apparence épithéliale. Elles sont placées entre des fibrilles de l'ancien tissu conjonctif et réunies en larges foyers, plus indépendants, l'infiltration s'étend de la sous-muqueuse à la tunique musculaire et à un faible degré à la muqueuse ; la *muscularis mucosæ* est pour la plus grande partie la ligne limite. Dans les accumulations de grandes cellules, se produisent des foyers de nécrose. Ceux-ci sont très grands, et consistent en centres de nécrose de coagulation, dont les caractères saillants sont la fragmentation abondante des noyaux et l'immigration de leucocytes à noyaux polymorphes. Les foyers de nécrose s'étendent facilement dans le muscle et pas partout dans la muqueuse. Les vaisseaux sanguins, en ce point, présentent une simple infiltration de l'adventice, sauf dans les aires de nécrose, où ils sont oblitérés.

Le second stade est plus commun, et se rencontre dans toutes les parties de l'ulcère et les tissus formant ses bords élevés. Il consiste en tissu fibreux dense qui est également surtout développé dans la sous-muqueuse et s'étend ensuite dans la tunique musculaire. Des cellules de tissus de granulations se trouvent dispersées parmi les fibrilles qui se sont développées. Les vaisseaux sanguins sont largement atteints ; l'endartérite et l'endophlébite oblitérante, ainsi que la thrombose hyaline, sans organisation du thrombus, sont fréquentes. La tunique séreuse, elle aussi, est épaisse et, en plusieurs endroits, l'est encore davantage au niveau des adhérences. La base de l'ulcère est couverte sur une certaine étendue par la muqueuse, et c'est seulement en son centre qu'elle est à nu. La tunique musculaire est exposée en cette région, et les fibres les plus superficielles sont tout à fait nécrosées. Les bords élevés de l'ulcère ne sont pas, d'une façon évidente, les simples restes des vieilles muqueuse et sous-muqueuse. Ceci est prouvé par la comparaison avec la muqueuse saine environnante, qui est beaucoup moins surélevée. L'examen microscopique montre que cet épaissement est dû à une néoformation de tissu fibreux dense, tel qu'il a été décrit dans le second stade du processus pathologique général.

Obs. 13. — ARISTOFF, *Zeitschrift für Heilkunde*. Berlin, 1898.

Lésions gommeuses de l'estomac chez les hérédo-syphilitiques.

1. — Fille de 11 jours. Eruption cutanée. Gommès de l'intestin. Broncho-pneumonie. Dans l'estomac, par places épaissements circonscrits de

la paroi, saillants dans la cavité. Gommès miliaires dans la sous-muqueuse avec inflammation diffuse du voisinage.

2. — Fille mort-née. Ostéo-périostite gommeuse. Hydrocéphalie interne d'assez faible quantité. Forte rougeur et tuméfaction de la muqueuse gastrique. Inflammation chronique de la muqueuse et de la sous-muqueuse avec par places néoformation plus accusée de tissu granuleux. Formations gommeuses de l'intestin.

3. — Garçon de 3/4 d'heure. Gommès du foie et du pancréas, hypertrophie de la rate ostéo-périostite, etc... Rougeur de la muqueuse gastrique. Infiltration diffuse à petites cellules dans la muqueuse et la sous-muqueuse, s'étendant souvent aussi à la musculaire et à la séreuse. OEdème de la sous-muqueuse.

4. — Garçon de 3/4 d'heure. Eruption cutanée, hypertrophie du foie et de la rate. Gommès microscopiques de l'intestin grêle. Ostéo-périostite. Hémorragie méningée, etc... Légère inflammation diffuse de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Par places dans la sous-muqueuse agglomérations de tissu granuleux, d'où épaissement de la sous-muqueuse.

5. — Garçon de 3 mois 1/2. Eruption de la peau et du visage, gommès du foie, tuméfaction de la rate, etc...

Dans l'estomac, par places inflammation circonscrite dans la sous-muqueuse avec néoformations de tissu granuleux dont le centre présente parfois de la nécrose. Dans la muqueuse, de plus, légère inflammation.

6. — Fœtus de 36 centimètres, macéré. Hypertrophie du foie et de la rate, ostéopériostite. Dans l'estomac inflammation chronique diffuse dans toutes les tuniques de la paroi, surtout dans la sous-muqueuse avec développement de tissu granuleux.

7. — Fille de 2 jours. Hypertrophie du foie, ostéopériostite, gommès miliaires dans l'intestin grêle, etc... Dans l'estomac, rougeur et gonflement de la muqueuse avec pertes de substance isolées, superficielles, grandes d'environ 2 millimètres dans la muqueuse de la région pylorique. Au microscope, légère inflammation diffuse dans la muqueuse ; aux confins de la muqueuse et de la sous-muqueuse foyers circonscrits de nécrose avec inflammation périphérique. Dans l'épaisseur de la muqueuse, sur des foyers analogues on trouve des pertes de substance superficielles.

Obs. 14. — HEMMETER, *Diseases of the Stomach*, 2^e édit.,
London, 1901, p. 596.

Gastrite chronique diffuse.

Le professeur S. Flexner, médecin à The Hopkins Hospital, nous a

offre l'estomac d'un nègre syphilitique qui a eu des gommès dans les points suivants : 1° os frontal, avec extension aux méninges et aux circonvolutions frontales du cerveau ; 2° une dans le foie ; 3° une dans la rate ; 4° trois dans les ganglions mésentériques ; 5° une dans le testicule et l'épididyme. L'auteur était présent à l'autopsie, qui fut faite par le D Flexner, mais n'a pas vu le malade avant sa mort.

Après durcissement dans le formol, les coupes furent colorées à l'orange G. et à l'hématoxyline. Toutes les coupes, quelle que soit la portion de l'estomac où elles furent faites, montraient une gastrite diffuse intense. Au premier abord, nous ne réussîmes pas à trouver des signes caractéristiques de syphilis. La surface de la muqueuse était couverte de fines élevures granuleuses, tout à fait évidentes à l'œil nu. L'épithélium cylindrique était détruit sur toute la surface.

Il y avait de l'endartérite très caractéristique et de l'épaississement des parois vasculaires, amenant l'oblitération de la lumière du vaisseau (endartérite oblitérante). Dans toute la muqueuse et la sous-muqueuse, on trouvait d'innombrables nodules miliaires, environ de la grosseur d'une tête d'épingle, composés d'une collection de petites cellules rondes, en apparence fortement entassées. Plusieurs de ces nodules se montraient dans la sous-muqueuse, mais en ce point ils étaient clairsemés. La majorité de ces derniers reposaient sur la *muscularis mucosæ*, et de là s'étendaient au-dessus dans la couche glandulaire, repoussant, comprimant et altérant ce qui restait des conduits glandulaires. Certaines des infiltrations de petites cellules rondes ressemblaient à des glandes lymphoïdes normales de l'estomac. La majorité de celles-ci étaient cependant plus volumineuses que les glandes lymphoïdes de l'estomac, s'étendant de la sous-muqueuse à la surface de la muqueuse. En de nombreux points, des collections de cellules rondes avaient traversé les fibres de la *muscularis mucosæ*, divisant en deux cette couche, qui forme habituellement une seule tunique. En quelques points la *muscularis mucosæ* était en apparence déchirée en deux et entraînée, soit en dessous dans la sous-muqueuse, soit au dessus dans la muqueuse, sous forme de gros faisceaux, par les masses infiltrantes de cellules rondes. La couche des fibres musculaires longitudinales était également divisée par des infiltrations volumineuses de petites cellules rondes. Les fibres de la *muscularis mucosæ* s'élèvent normalement dans la couche glandulaire, et entourent les tubes glandulaires. Cependant nous n'avons vu nulle part ces fibres musculaires former des masses aussi volumineuses que dans ces spécimens. Par places, la couche glandulaire était tout entière remplacée par une masse de petites cellules rondes....

Obs. 15. — FRÆNKEL, *Médecine moderne*, 7 janvier 1899
(obs. publiée à la *Société de méd. de Hambourg*).

Ulcérations gommeuses multiples de l'estomac et de l'intestin.

Un homme de 47 ans succomba à l'hôpital à une péritonite par perforation. Pendant son séjour à l'hôpital le malade présenta des troubles dyspeptiques. Le suc gastrique ne contenait pas d'acide chlorhydrique. L'anamnèse ne révéla rien de particulier.

A l'autopsie on trouva des lésions très anciennes de l'estomac et de l'intestin grêle. L'estomac est le siège de 13 ulcérations de diverses dimensions : la plus grande s'étend de la paroi postérieure en avant jusqu'au pylore. Elle est produite par la confluence de plusieurs ulcérations plus petites et offre la configuration d'une carte géographique. Les ulcérations intestinales siègent exclusivement sur l'intestin grêle à 12 centimètres au-dessous du duodénum, jusqu'à 68 centimètres au-dessus de la région iléo-cæcale. Beaucoup de ces ulcérations sont annulaires, l'intestin grêle compte 31 de ces ulcérations, la dix-huitième était perforée.

L'examen microscopique a montré une prolifération de tissu de granulations s'étendant jusque dans le tissu sous-séreux. Les petites artères de l'estomac et de l'intestin avaient leur tunique interne épaissie, au point qu'il ne restait qu'une fente très étroite pour livrer passage au sang ; les veines étaient également lésées, surtout celles qui étaient situées sous la muqueuse. C'est grâce à la coloration des fibres élastiques, que les veines pouvaient être reconnues. Dans certains points, la couche élastique de la veine était remplacée par un tissu de granulations, dans d'autres il y avait oblitération complète.

Obs. 16. — CESARIS-DEMEL, *Archivio per le Scienze med.*, 1899.
Torino, vol. XXIII, n° 14.

Ulcère de l'estomac avec hémorragie péritonéale.

Jeune homme reçu à l'hôpital Saint-Jean de Turin pour troubles gastriques (douleurs à la région épigastrique, gastrorrhagies, etc...) datant de 4 mois. On fit le diagnostic d'ulcus rotundum de l'estomac et le traitement fut fait conforme au diagnostic. Tout à coup, le malade fut pris d'une douleur aiguë à la région épigastrique, avec sensation de tension, révélabile également par la palpation ; il mourut rapidement avec des phénomènes de collapsus. Dans l'anamnèse, la syphilis n'est pas relevée. Pourtant les ganglions inguinaux étaient indurés...

AUTOPSIE. — L'estomac avec sa paroi postéro-inférieure, le pancréas et

une partie de la face inférieure du foie, ainsi que l'épiploon adhéraient ensemble, formant une masse globuleuse, facile à séparer et qui se montrait remplie de grumeaux de sang, récemment extravasé et coagulé. Ces grumeaux enlevés, il restait là d'autres grumeaux de sang plus anciens, plus durs, facilement friables et fortement adhérents à la paroi qui limitait cette grande cavité sanguine. En incisant sous le cardia qu'on libérait de ses adhérences au diaphragme, et également sous le ligament suspenseur du foie et en disséquant le tissu conjonctif prévertébral, on arrive à extraire en une masse unique l'estomac, le foie, le pancréas, l'épiploon avec de nombreux ganglions lymphatiques prévertébraux, qui étaient tuméfiés. L'estomac ouvert par une incision le long de la grande courbure montre au niveau de sa face postérieure à 4 centimètres du cardia une ulcération de la muqueuse de forme légèrement ovale, de diamètre maximum de 35 millimètres et de diamètre transversal de 18 millimètres. Les bords de l'ulcération du côté du cardia sont à peu près taillés à pic dans l'épaisseur de la muqueuse, tandis que du côté opposé, ils sont moins nets et la muqueuse se continue insensiblement avec le fond conjonctif de l'ulcère.

Les bords de l'ulcus sont peu surélevés sur la muqueuse environnante et leur léger relief dépend plus d'un enroulement de la muqueuse qui limite l'ulcération que d'une infiltration véritable de cette muqueuse. Le fond de l'ulcération est légèrement plus pâle que la muqueuse, qui présente une coloration rosée par la diffusion commençante de l'hémoglobine ; il est légèrement réticulé, brillant et absolument dépourvu de mucus. Dans l'estomac, il n'y a pas de résidus alimentaires ; il n'y a pas trace d'hémorragie ancienne ou récente.

Donc aucune ecchymose dans la sous-muqueuse. La muqueuse gastrique est d'apparence normale ; à peine un état mamelonneux de la grosse tubérosité. A la région pylorique existe une abondante quantité de mucus, dense, filant...

L'estomac, au niveau du fond de l'ulcération, adhère fortement à un tissu scléreux sous-jacent, dans lequel est comprise l'extrémité gauche du pancréas. En faisant une incision dans la paroi de l'estomac au niveau du diamètre maximum de l'ulcération, nous voyons comme au niveau de son fond, que l'ulcération a mis complètement à nu la tunique musculaire, laquelle est notablement épaissie.

Dans cette couche musculaire qui a environ 1 centimètre d'épaisseur dans cette région, se trouve une hémorragie récente qui la décolle fortement ; l'hémorragie de la paroi gastrique se continue avec la poche hémorragique sous-jacente.

Le diagnostic anatomique était le suivant : Anémie du cerveau, des poumons et des reins. Hémorragie récente dans la cavité péritonéale par apoplexie de la paroi gastrique. Poche hémorragique ancienne dans la région épigastrique avec destruction partielle du pancréas et thrombose de quelques vaisseaux pancréatiques. Induration syphilitique du pancréas. Cicatrice syphilitique du foie. Ulcus gastrique.

Induration et caséification des ganglions lymphatiques prélobaires. Cause de la mort : Anémie aiguë par hémorragie dans la cavité péritonéale.

Examen histologique. — Ulcération de l'estomac. Si l'on examine à un petit grossissement la section comprenant toute l'ulcération dans son diamètre maximum et la paroi de l'estomac sous-jacente, infiltrée de l'hémorragie récente interstitielle, on voit que ses bords sont peu surélevés et sont formés par la couche glandulaire de la muqueuse, qui se termine brusquement. La *muscularis mucosæ* est également sectionnée en ce point et dans sa dernière portion légèrement retournée vers le haut. Ainsi le fond de l'ulcus est formé complètement par la tunique musculaire de l'estomac légèrement épaissie. L'épanchement hémorragique intéresse dans toute son épaisseur cette tunique musculaire ; il y est infiltré comme un coin dont le sommet est tourné obliquement en haut vers le fond de l'ulcération, sans l'atteindre, car il en est séparé par un espace de 2 ou 3 millimètres.

On ne voit pas trace de la tunique séreuse qui est remplacée par un tissu connectif dense, par lequel l'estomac était fortement adhérent au pancréas sous-jacent. Les vaisseaux propres de la paroi de l'estomac ont des parois notablement épaissies. A un plus fort grossissement, nous trouvons que la couche glandulaire de la muqueuse est relativement normale à proximité des bords de l'ulcération, mais à une courte distance, elle présente des infiltrations cellulaires de forme arrondie, qui arrivent tout près de la surface libre et en profondeur intéressent également la *muscularis mucosæ*. Ces nodosités sont formées par des éléments cellulaires ronds mononucléés avec noyaux peu colorables, les cellules centrales l'étant encore moins. On ne trouve pas trace de cellules géantes ; il n'y a pas de leucocytes polymorphes. Ainsi, par leur structure, ces nodosités sont tout à fait semblables à des gommes récentes. La *muscularis mucosæ* est épaissie, spécialement dans la portion latérale et contiguë à l'ulcère, où elle est le siège d'une infiltration cellulaire abondante, qui de la partie la plus profonde de la couche glandulaire la traverse, en dissociant ses fibrilles pour se continuer dans la sous-muqueuse. A distance du bord de l'ulcération on trouve aussi des petits foyers arrondis d'éléments lymphoïdes qui

intéressent la *muscularis mucosæ* dans toute son épaisseur. La sous-muqueuse est relativement également épaissie.

Elle manque complètement au niveau de l'ulcération, mais concourt à former la partie inférieure de son bord. En ce point, l'infiltration cellulaire est abondante et présente des foyers de nécrose, dans lesquels on ne peut différencier les divers éléments.

Dans l'ensemble on a donc l'impression que le processus destructif a dû intéresser une production gommeuse étendue de la muqueuse dont on trouve la trace évidente dans le bord même de l'ulcération. Le reste de la sous-muqueuse a un aspect normal, présente seulement quelques traces de petites hémorragies anciennes et de lésions vasculaires remarquables, sur lesquelles nous reviendrons. A un fort grossissement, on ne trouve non plus trace, dans le fond de l'ulcus, ni de la muqueuse, ni de la sous-muqueuse, le fond est formé exclusivement par la musculaire dénudée. Cette tunique est en partie détruite, car beaucoup de fibrilles et de faisceaux de fibres musculaires propres à cette dernière sont brusquement interrompus et en voie de destruction. Cependant la tunique musculaire est également épaissie et l'épaississement est formé non pas surtout par une infiltration cellulaire récente, laquelle est faible et localisée à un seul petit foyer, mais plutôt par du tissu conjonctif en grande partie organisé et pauvre en noyaux qui l'infiltré en séparant les faisceaux de fibres musculaires.

La tunique musculaire présente dans son épaisseur la collection sanguine mentionnée plus haut. Là le sang, par la conservation parfaite de ses éléments, se montre originaire d'une extravasation récente ; au milieu, on trouve des restes de fibrilles musculaires lacérées et comprimées.

L'infiltration hémorragique a presque des limites nettes ; elle n'a pas de paroi propre, et à côté il est facile de voir l'infiltration des éléments sanguins au milieu des fibres musculaires. Dans la couche sous-jacente à la musculaire, la séreuse n'existe plus et on trouve à sa place un tissu connectif déjà organisé, fibrillaire, qui a une épaisseur notable et qui, dans sa portion périphérique, montre des aires englobées de tissu adipeux en rapport certainement avec les adhérences contractées avec le tissu adipeux péripancréatique de l'épiploon.

Tous les vaisseaux de la paroi gastrique sont profondément altérés et les lésions sont de nature diverse. Pour les mettre en évidence, outre notre méthode usuelle de coloration des noyaux, nous avons adopté la méthode spéciale pour l'étude des fibres élastiques (Weigert, orcéine, etc.) et la méthode de Van Gieson pour la coloration du tissu conjonctif. Avec ces méthodes, nous avons pu voir tant dans les artères que dans les veines, un épaississement fréquent et étendu de la couche interne, obstruant

presque entièrement la lumière des vaisseaux, et accompagné, dans les vaisseaux plus importants et les épaississements plus notables, d'une néoproduction importante de fibrilles élastiques. Outre ces faits d'endarterite et d'endophlébite oblitérantes, on rencontre fréquemment une infiltration cellulaire périvasculaire qui, perforant parfois la tunique élastique externe, va envahir par une infiltration diffuse la tunique moyenne et quelquefois encore, perforant l'élastique interne, atteint l'intérieur du vaisseau : d'où thromboses fréquentes. Quelques thrombus sont à peine formés et en voie d'organisation ; d'autres sont anciens et ont laissé comme trace un tractus connectif circulaire avec noyaux petits et rares.

Mais tous les vaisseaux ne présentent pas cette altération, car, au milieu des vaisseaux altérés, on en trouve quelques-uns qui par leur structure se montrent absolument normaux.

Obs. 17. — OBERNDORFER, *Virchow's Archiv*, 1900, 159.

Ulcérations gommeuses de l'estomac dans la syphilis héréditaire.

Le 2 décembre 1898, j'ai fait l'autopsie de l'enfant S..., âgé de 4 mois.

Comme anamnèse, on remarque que les deux parents de l'enfant nient il est vrai toute infection, mais que d'après les données du médecin traitant, l'existence d'une syphilis constitutionnelle paraît vraisemblable chez tous deux ; la mère avait eu un avortement quelques années auparavant. L'histoire de la maladie, que je dois à la bonté de M. le Dr de Zetzschwitz, est courte, attendu que le traitement de l'enfant n'a commencé que peu de temps avant sa mort. Depuis sa naissance, la pâleur très accentuée de l'enfant était frappante ; en outre l'enfant souffrait depuis les premiers jours de sa vie d'un catarrhe de l'intestin fort abondant.

19 novembre. — On découvrit par hasard à l'examen de l'abdomen une tumeur du foie de la grosseur d'une paume de main, qui était restée jusque-là tout à fait ignorée.

21. — Survint aux deux jambes une éruption analogue au pemphigus. Le diagnostic de gomme du foie fut alors établi. L'urine contenait un peu d'albumine. L'enfant poussait continuellement des cris plaintifs et accusait de grandes douleurs à l'examen de l'abdomen. On donna une médication spécifique ; elle consistait en bains de sublimé (6 bains en 10 jours ; pour 40 litres d'eau une demi-pastille de sublimé d'Augerer), et en calomel à l'intérieur (0 gr. 01 deux fois par jour). Sur la tumeur, on appliqua un emplâtre mercuriel d'Unna. Dix jours après, l'enfant mourait d'inanition. On fut frappé de ce que, dans les derniers jours, la diarrhée profuse avait diminué.

Protocole de l'autopsie : Enfant de sexe masculin, petit, fort émacié, de constitution faible, d'aspect sénile ; peau blême, raideur cadavérique disparue, taches livides rares...

Gommes dans le foie, les capsules surrénales et l'intestin. Grosse rate... L'estomac est d'une grandeur médiocre et renferme environ une cuillère à bouche d'un contenu blanchâtre, caséeux, comme de la bouillie. Sur la muqueuse pâle se voient surtout, à la paroi postérieure, à une distance de 6 à 7 centimètres du pylore, des élevures orbiculaires, circonscrites, d'environ la grosseur d'un pois ; les bords de ces petites grosseurs sont rouges et taillés à pic, leur surface est légèrement ulcérée, le fond de l'ulcération étant couvert d'une masse rougeâtre, couleur de viande marinée. Sur une coupe passant au milieu d'une des élévations, la muqueuse et la sous-muqueuse se trouvent notablement épaissies.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Coupe au niveau de l'ulcère de l'estomac le plus surélevé.* — La muqueuse gastrique au bord de l'élévation, est encore à peu près normale ; toutes les tuniques sont encore faciles à délimiter l'une de l'autre, la sous-muqueuse est mince, ses vaisseaux ne présentent qu'un peu d'épaississement de leurs parois ; la trame de tissu conjonctif qui sépare les diverses glandes semble également plus développée et plus riche en noyaux qu'à l'état normal.

La muqueuse est entièrement conservée, si ce n'est qu'elle est un peu détruite superficiellement par la macération. La musculaire et la séreuse sont à peine altérées. La muqueuse surtout s'épaissit d'une façon assez brusque, au point d'atteindre à peu près le triple de son épaisseur normale. La partie principale de cet épaississement est constituée par un tissu granuleux abondant et riche en cellules ; la structure de la muqueuse est presque complètement détruite. Les glandes gisent éparpillées les unes loin des autres par le tissu granuleux, en partie plongées dans la néoformation, en partie détruites par le tissu les envahissant ; leurs fragments, les cellules, gisent épars, dans ce tissu. Une partie des conduits glandulaires encore reconnaissables renferme des amas de leucocytes. Les culs-de-sac glandulaires sont entièrement effacés ; à leur place se trouve également du tissu néoformé.

La *muscularis mucosæ* est assez bien conservée jusqu'au milieu de la tubérosité ; là, elle est largement ouverte par la sous-muqueuse qui s'épaissit brusquement. La sous-muqueuse est à peine épaissie sur le bord ; mais ses vaisseaux présentent déjà une prolifération cellulaire dans leurs parois, surtout dans l'adventice, et les nouvelles couches de cellules s'y superposent à la façon des perles d'un collier. Soudain comme on le remarque, la sous-muqueuse s'épaissit considérablement, s'irradie dans la muqueuse

sous forme d'éventail, grâce à la brèche formée dans la *muscularis mucosæ*. Dans ces portions de la sous-muqueuse, on voit clairement que les adventices des vaisseaux se prolongent dans le tissu voisin par des files de chaînes cellulaires néoformées.

Ces vaisseaux présentent d'une façon assez nette le début de la prolifération. Dans la muqueuse épaissie, on remarque surtout les nombreux vaisseaux épaissis, plongés dans des nids de tissu granuleux, et en partie oblitérés ; de leur adventice devenue plus lâche s'échappent également dans les environs des cordons cellulaires. En certains points isolés de la muqueuse, se trouvent des foyers arrondis de jeunes cellules de tissu conjonctif, qui ne sont cependant pas en discontinuité marquée avec les parties voisines ; quelques-uns de ces nodules présentent à l'intérieur un début de destruction, qui se traduit par ce fait qu'à la place des cellules, il existe de petites particules de chromatine, à facettes irrégulières et fortement colorées. La musculaire et la séreuse ne présentent ni prolifération cellulaire, ni épaississement. Dans le tissu néoformé, on peut distinguer deux espèces de cellules :

1^o Les véritables cellules du tissu granuleux, les cellules épithélioïdes avec un gros noyau plus clair, dont le réseau chromatique est très apparent ; leur corps cellulaire est arrondi ou fusiforme ou présente plusieurs masses distinctes, qui s'unissent à celles des autres cellules et donnent ainsi à la néoformation (à un fort grossissement) un aspect réticulé.

2^o Les petites cellules rondes avec un noyau fortement coloré, qui remplit presque toute la cellule. Leur corps cellulaire est arrondi, sans former d'amas. Ces cellules doivent être regardées comme des lymphocytes.

Coupe au niveau d'un autre nodule de l'estomac. — L'épaississement de la muqueuse n'est pas ici aussi considérable que dans la coupe I ; la *muscularis mucosæ* est, malgré sa solution de continuité, partout bien distincte ; la sous-muqueuse est fortement épaissie par un tissu granuleux abondant, émanant de nombreux vaisseaux altérés. Au lieu du tissu granuleux plus diffus de la coupe I, il y a ici de nombreux nodules circonscrits placés les uns près des autres dans une chaîne continue. Ces nodules se composent de cellules épithélioïdes et de cellules rondes ; on trouve en outre par groupes distincts, quelques cellules géantes munies de noyaux polaires. En certains points la division des noyaux est poussée très loin, et il est même déjà survenu un début de nécrose avec caséification. La musculaire est intacte ; dans les espaces intermusculaires, il s'est développé un peu de tissu conjonctif riche en cellules. Les assises concentriques des cellules proliférées autour des vaisseaux et des conduits glandulaires ressortent très clairement par la coloration avec la solution de van Gieson.

Obs. 18. — BUDAY, *Ueber einen ungewöhnlichen Fall von syphilis*,
Virchow's Archiv, Bd. 141, S. 514, cité par OBERNDORFER.

Lésion gastrique à évolution cancéreuse.

Homme de 47 ans ; syphilis acquise. A eu des douleurs à l'épigastre, du sang dans les selles. Evolution de l'affection ressemblant à celle du cancer.

AUTOPSIE. — Nodosités gommeuses dans le mésentère ; gommès dans l'intestin grêle, les reins, le foie. Grosse rate. Ulcération syphilitique à la base de la langue. On voit dans l'estomac trois épaississements de la paroi (2 à la grande courbure, 1 près du pylore), avec destruction partielle de la néoformation s'étendant profondément. A l'examen microscopique forte dégénérescence cellulaire de la sous-muqueuse, atrophie partielle de la musculéuse.

Obs. 19. — SCHREIB, *Prager med. Wochensch.*, 1900, p. 537.

Ulcère gommeux perforé de l'intestin.

Le 20 novembre 1899, on amenait aux fins d'autopsie le cadavre d'un homme de 51 ans à la clinique du professeur Pribram. Voici l'histoire du malade : il avait toujours été bien portant. Mais trois mois avant sa mort, en déchargeant une voiture de blé, il avait été pressé par un bœuf contre la voiture, et blessé dans les environs de l'estomac. Il a de suite beaucoup souffert et il a eu des vomissements. Son appétit a diminué et un mois après il a eu des vomissements de sang ; il a également rendu du sang par l'anus. A partir de ce moment il a gardé le lit. Le 1^{er} novembre 1899, il est entré à la clinique. On a constaté sur cet homme, qui était assez maigre mais sans fièvre, en dehors d'une inflammation des bronches, une tuméfaction douloureuse au niveau de la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic. Le 3 novembre, on a pu faire vider le rectum au moyen d'injections et la tuméfaction a diminué ainsi que la douleur. Le 4 novembre, le malade a eu de la fièvre, et le 7 on a pu constater une pleurésie à droite en arrière. Le 19 novembre, à 7 heures du soir, il a toussé fortement et il a rendu une quantité de sang rouge pâle et écumeux par la bouche. Ensuite il a respiré avec peine malgré des injections de camphre et il est mort après quelques respirations.

Treize heures après la mort, on a commencé la dissection du cadavre ; le corps avait 174 centimètres de long et la charpente osseuse d'une grandeur moyenne était solide ; les muscles étaient peu développés et le pannicule adipeux très effacé.

Rien à remarquer sur les organes génitaux ; mais dans le dos, et dans deux endroits, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate à droite, et encore un peu plus bas à gauche, il y avait deux cicatrices de 4 centimètres carrés..... Infiltration gommeuses dans les deux poumons, l'intestin et les ganglions mésentériques..

Dans l'abdomen, entre l'estomac et le foie, et également entre l'estomac et la rate, il y avait environ un demi-litre de sang rouge pâle, frais et dans le ventre environ 300 centimètres cubes de sérum clair. En séparant la rate de l'estomac, on a aperçu, sur la paroi antérieure de la grosse tubérosité, à l'endroit où se trouve le hile de la rate, une perte de substance sur la paroi de l'estomac ; cette perte de substance laissait un vide de 3 centimètres de diamètre et du tissu de la paroi de l'estomac qui nageait dans de l'eau avec des résidus se trouvait sur la bordure du trou qui ressemblait à un entonnoir, car son diamètre avait 1 centimètre de plus dans le péritoine que du côté de la muqueuse, et diminuait de l'extérieur à l'intérieur ; en outre, il y avait dans un autre endroit de l'estomac, sur la paroi antérieure et inférieure de la portion pylorique, une infiltration ronde de 3 centimètres de diamètre et d'un demi-centimètre d'épaisseur, soit de l'épaisseur totale de la paroi de l'estomac, qui était grisâtre et brun foncé dans l'intérieur ; cette nécrose allait jusqu'au centre du péritoine et avait perforé l'estomac de 2 millimètres, mais le trou était fermé par le côlon transverse qui adhérait à cet endroit de l'estomac. Dans l'estomac on trouvait deux poignées de sang coagulé. La muqueuse gastrique était rouge et à l'endroit de l'infiltration indiquée ci-dessus elle était très épaisse sur la surface d'une assiette et fortement tuméfiée.

L'examen histologique des infiltrations de l'estomac montrait l'hyperplasie du tissu conjonctif sous-muqueux sous forme d'un tissu granuleux formé de cellules rondes, fusiformes, qui se continuait dans la partie centrale des infiltrations intérieurement sur la muqueuse et extérieurement sur la musculuse et atteignait la séreuse qui était épaissie à ce niveau.

À la périphérie, il n'y avait pas de nécrose. Vers le centre, toutes les tuniques de la paroi, jusqu'à la dernière tunique musculaire étaient nécrosées tandis que dans le centre des infiltrations, la nécrose était complète jusqu'à la perforation. La muqueuse présentait sur la périphérie de la portion nécrosée des infiltrations de petites cellules, diffuses et circonscrites.

Les glandes stomacales étaient çà et là dilatées en forme de kystes.....

En considérant l'ensemble des lésions histologiques des infiltrations des poumons, de l'estomac et de l'intestin, nous trouvons partout un tissu

granuleux formé d'un mélange de cellules rondes, fusiformes et géantes, qui paraissent souvent localisées autour des vaisseaux.

Les vaisseaux sanguins présentent dans la région des foyers morbides, toujours les plus fortes altérations, sous forme d'endartérite proliférante, qui souvent aboutit à l'obliteration complète du vaisseau. Cet état histologique est absolument caractéristique pour les formations gommeuses.

Obs. 20. — HEMMETER et STOKES, *Johns Hopkins Hospital Reports*, 1900.

Gastrite chronique hypertrophique avec sténose du pylore.

J. S..., 24 ans, célibataire ; profession bourrelier, entre le 6 mars 1899 à l'hôpital de Maryland University. Le malade avoue deux gonorrhées et une syphilis certaine ; l'infection syphilitique a précédé de deux années sa maladie présente. Il déclare avoir eu deux chancres, qui furent tous deux cautérisés par un médecin mais furent néanmoins suivis d'une éruption cutanée, de rhumatisme et de douleurs, de chute des cheveux et d'engorgement ganglionnaire ; on le traita par des frictions mercurielles ; le malade avoue aussi son penchant pour l'alcool. Un an environ après son entrée à l'hôpital, en mars 1898, il fut traité pour de la dyspepsie qui, cependant, dit-il, avait existé pendant un temps considérable avant l'institution de ce traitement. L'exacerbation des symptômes, auxquels s'étaient ajoutés des vomissements, le porta à se faire traiter.

Il y eut une amélioration graduelle qui dura pendant trois ou quatre mois, à la suite des lavages et de la diète lactée ; on notait à ce moment que la nourriture liquide était en apparence bien digérée et produisait peu de douleurs gastriques, tandis qu'il était presque de règle que la nourriture solide causât des douleurs, jusqu'à ce qu'elle fût vomie.

Vers la fin de 1898, le malade fut atteint d'iritis qu'on traita par les frictions mercurielles.

A peu près à cette époque, les symptômes gastriques allaient en croissant et les douleurs consécutives n'étaient apaisées que par le lavage de l'estomac. Pendant ce lavage, destiné à calmer les douleurs, on fit des recherches pour l'acide chlorhydrique, la pepsine et le chyme. Les épreuves ordinaires montrèrent l'absence d'HCl libre et combiné, aussi bien que de ferments, de pepsine et de chyme. D'après cela on risqua le diagnostic de gastrite chronique avancée. Le lait, quand il était absorbé, était vomi au bout d'environ une heure et demie, dans le même état qu'au moment de l'ingestion. Etant donnée la petite quantité de liquides que le malade pouvait prendre en une fois et également la petite quantité de liquide qui pouvait entrer dans l'estomac pendant le lavage, sans provoquer de douleurs,

on pouvait conclure que la capacité de cet organe était bien diminuée. L'épreuve de la distension gastrique par l'acide carbonique, destinée à rendre plus facile l'examen de l'estomac par la palpation, n'eut aucun succès, car, étant données l'épaisseur et l'inextensibilité des parois stomacales, le gaz fut chassé avec une grande violence à travers l'œsophage et la bouche. Plusieurs tentatives pour insuffler le duodénum à travers le pylore échouèrent. Ces différents faits ainsi réunis conduisaient, croyait-on, au diagnostic de sténose du pylore et l'on pensait, attendu que la maladie durait depuis deux ans au moins, et qu'il n'y avait aucune preuve en faveur d'un carcinome ou d'une autre tumeur maligne, que cette sténose était du type bénin. Le 26 mars, un petit fragment de muqueuse gastrite fut obtenu par le lavage de l'estomac, et ce fragment, à l'examen microscopique, montra l'absence de cellules des glandes peptiques et une infiltration diffuse de petites cellules rondes, ce qui indiquait l'existence d'une gastrite chronique. A ce moment le malade n'était pas cachectique ; les muqueuses des gencives et de la conjonctive étaient de couleur normale. Ces organes paraissaient en général normaux à toutes les épreuves.

L'estomac lui-même ne pouvait pas être palpé dans sa totalité. Une sonde contenant une spirale d'acier fortement enroulée dans un tube en gomme élastique, qui se terminait par un petit ballon extensible en gomme, ne put être sentie, après son introduction dans l'estomac : sous la paroi abdominale on ne sentait aucune tumeur ; et on ne voyait pas de mouvements péristaltiques.

Les ganglions inguinaux étaient engorgés, l'urine ne contenait rien d'anormal, l'hématimétrie montrait seulement une diminution des globules rouges et de l'hémoglobine ; le 10 mars, il y avait 3.009.000 globules rouges par millimètre cube, et 69 0/0 d'hémoglobine. Il y avait 8.250 leucocytes.

On fit le diagnostic de gastrite chronique hypertrophique avec atrophie de la muqueuse et sténose hyperplastique du pylore, et l'on conseilla au malade de subir une opération. Le 27 avril, le Dr L. M. Tiffany ouvrit l'abdomen et mit à nu un estomac très petit, qui, lorsqu'il fut sorti par l'incision, fut trouvé avoir des parois fort épaissies. Une masse indurée siégeant sur la grande courbure dans la région pylorique fut prise pour une tumeur, probablement un carcinome. Une petite portion de cette masse fut excisée pour l'examen histologique.

On fit une opération de Heinecke-Mickulicz et on referma la paroi abdominale.

Après l'opération, le lait et le blanc d'œuf traversaient l'estomac, le lait apparaissait dans les selles, et il n'y eut aucun vomissement après la guérison des effets de la narcose. Le 1^{er} mai, un abcès se développa dans la

mâchoire gauche ; toute la face se tuméfia et une infection générale survint. La terminaison fatale eut lieu le 19 mai.

AUTOPSIE, le 20 mai 1899. — *Diagnostic anatomique.* — Incision chirurgicale de la paroi abdominale et incision cicatrisée de la paroi gastrique ; abcès sous-hépatique localisé ; abcès céphalique ; infection générale avec bacillus pyocyaneus et staphylococcus aureus ; gastrite chronique diffuse avec hypertrophie du muscle gastrique...

Estomac. — La paroi stomacale est très épaissie, cet épaississement étant surtout marqué au niveau du pylore, qui, à la section, présente une tunique interne épaisse, de tissu pâle et blanc, qui contraste avec les bandes externes de tissu musculaire.

L'orifice pylorique est fortement resserré, admettant une sonde pas plus épaisse qu'un crayon de mine de plomb. L'estomac est petit, ses dimensions totales étant de 9 — 6 centimètres ; sa plus grande épaisseur est au niveau de la paroi pylorique, qui a en moyenne 1 centimètre, tandis que l'épaisseur moyenne de la paroi stomacale est de 6 millimètres. La surface interne ou muqueuse est de couleur brun-verdâtre, hémorragique par places, et présente d'une manière générale une surface grossièrement granuleuse...

Description histologique : Pylore et duodénum. — A la réunion du pylore et du duodénum, la paroi stomacale est manifestement épaissie. Cet épaississement se termine d'une façon presque abrupte sur la ligne de séparation des deux portions mentionnées. L'épaississement est dû à une infiltration principalement de la sous-muqueuse et de la musculaire, la muqueuse présente aussi de l'infiltration, mais la distribution de cette infiltration est tout à fait irrégulière et le total en est moins élevé que pour les tuniques plus profondes. Il nous paraît bon, dans notre description, de commencer par la membrane muqueuse et de passer ensuite successivement en revue les couches plus profondes de l'estomac.

Membrane muqueuse. — Il y a peu d'altérations *post-mortem* à la surface, la portion superficielle de la muqueuse se colore imparfaitement. Les caractères normaux des glandes sont fortement modifiés, car la muqueuse est formée de saillies filamenteuses, semblables à des villosités, contenant des cellules d'aspect variés, des petites, rondes et lymphoïdes, comme de plus allongées et certaines d'ovales.

Ces cellules sont plongées dans un tissu fibrillaire qui se colore faiblement par le bleu, les éléments lymphoïdes occupent les couches profondes de la muqueuse, où ils forment de petits îlots mal circonscrits et infiltrent les masses villeuses, s'interposant entre les productions fibrillaires ci-dessus mentionnées. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on trouve des

restes de l'épithélium. Cela se voit dans des espaces d'aspect glandulaire incomplètement préservés, et dans de faibles restes de glandes, où l'épithélium, cylindrique ou cubique, s'est desquamé. On découvre dans la muqueuse très peu de leucocytes à noyaux polymorphes.

Il y a, cependant, de nombreuses masses hyalines, réfringentes, rosées, de la dimension environ des cellules des tissus, distribuées irrégulièrement, mais généralement dans toute la muqueuse, parfois nucléées, parfois dépourvues de noyau. Ces masses sont homogènes, ou résultent de la coalescence de globules plus petits, qui sont de la nature des masses et globules colloïdes. Quelques-uns de ceux-ci paraissent se trouver à côté ou dans les vaisseaux sanguins, d'autres sont certainement au milieu des éléments du tissu, puisque les corpuscules les plus fins peuvent être disposés sous une forme allongée dans les interstices des tissus, ou disséminés séparément, auquel cas leur rapport avec les cellules n'est pas évident. Passant maintenant à la sous-muqueuse, nous trouvons que cette couche, au point de jonction de l'estomac et du duodénum est infiltrée de cellules du type lymphoïde et du type épithélioïde. Les cellules lymphoïdes sont surtout abondantes dans la région de la *muscularis mucosæ* et deviennent un peu moins nombreuses à mesure qu'on approche des portions plus profondes de la sous-muqueuse. On trouve dans la sous-muqueuse un nombre variable, non considérable, de leucocytes à noyaux polymorphes. L'infiltration de la sous-muqueuse est à la fois diffuse et nodulaire ; cela produit un épaissement notable de cette couche, qui en plusieurs endroits est assez fibreuse pour faire croire à une néoformation partielle de son tissu. Il y a là une tendance remarquable des petites cellules à infiltrer les tissus autour des petites veines ; ces accumulations cellulaires, avec leur faible puissance, donnant à l'infiltration un type très distinct.

Au delà de la sous-muqueuse, le muscle est envahi. On peut voir l'invasion se faire le long des cloisons intermusculaires, mais elle s'étend très rapidement de façon à envelopper et à séparer les fibrilles des muscles lisses. Les cellules sont pour la plupart du type lymphoïde, au milieu de leucocytes et de cellules épithélioïdes.

En général, les leucocytes (à noyaux polymorphes) ne sont pas abondants ; mais l'infiltration en certains points du muscle, est si étendue que non seulement les fibres musculaires sont très obscurcies, mais qu'il se fait de la nécrose au milieu de l'infiltration. Cette nécrose s'étend sous formes de lignes irrégulières ; au milieu du muscle, elle présente une apparence bleuâtre, se colorant fortement par l'hématoxyline et elle est infiltrée profondément de leucocytes à noyaux polymorphes. On ne peut pas établir d'une façon certaine si la substance qui se colore en bleu et dont

l'aspect est finement granuleux n'est que du tissu nécrotique, ou si elle est formée de bactéries.

Dans le muscle, au milieu de l'infiltration cellulaire et près des surfaces ramollies précisément décrites, il existe un foyer de nécrose plus gros qu'un grain de millet, dans lequel la substance intercellulaire et les noyaux, comme les cellules, ont en grande partie perdu leurs propriétés colorantes.

En outre de la nécrose de coagulation, on trouve dans toute la surface de la fibrine d'aspect finement fibrillaire. Il semble qu'il s'agisse là d'une forme de nécrose plus ancienne que la forme que nous avons décrite. On trouve dans ce foyer un petit nombre de leucocytes à noyaux polymorphes, avec des noyaux allongés irrégulièrement et d'autres formes de noyaux, ainsi qu'un petit nombre de particules fragmentées. Cela rappelle la caséification des tubercules ou quelque processus voisin.

Il est important de noter cependant que le foyer n'est pas rigoureusement limité, mais envoie dans les tissus infiltrés du voisinage des prolongements semblables à des balais. Dans le muscle, immédiatement autour de cette surface ramollie, se trouve un nombre très développé de leucocytes à noyaux polymorphes.

L'infiltration du muscle diminue à mesure qu'on atteint la surface péritonéale de l'intestin.

A cet endroit, elle est confinée aux cloisons intermusculaires de tissu connectif et aux vaisseaux sanguins, autour desquels, ainsi que des nerfs voisins, on peut trouver une infiltration étendue de cellules à la fois lymphoïdes et épithélioïdes.

Vaisseaux sanguins. — Nous avons dit que dans la sous-muqueuse il existait pour les vaisseaux sanguins une tendance marquée à être entourés par les cellules infiltrantes ; la lumière de ces vaisseaux n'est pas spécialement envahie. Dans les parties plus profondes, surtout dans le muscle, les rameaux à la fois artériels et veineux présentent une multiplication des cellules du revêtement interne ; il n'y a point d'infiltration marquée des tuniques adventices.

Nerfs. — Les rameaux des nerfs amyéliniques, dans la couche musculaire, présentent fréquemment une prolifération des cellules interstitielles. Cette prolifération peut être assez grande pour cacher leur structure fibrillaire normale. Des spécimens ayant été durcis dans l'alcool, on ne put dire s'il y avait dégénérescence des nerfs eux-mêmes.

Milieu de la grande courbure de l'estomac. — La muqueuse présente ici des altérations *post-mortem* moindres qu'au niveau de la région pylorique. La structure glandulaire manque sur une large étendue, la muqueuse

étant considérablement amincie. Sur la surface se montrent d'une façon irrégulière des processus vilieux, isolés et confluent. A une extrémité de la section, où l'on trouve les restes de la muqueuse les mieux protégés, ils sont longs et semblables à des massues. La muqueuse contient un nombre très développé de cellules qui sont du type des petites cellules rondes et des cellules épithélioïdes ; ces cellules infiltrent la muqueuse dans sa totalité, tout en étant spécialement accumulées à la limite séparant la muqueuse de la sous-muqueuse. Il reste très peu de glandes et aucune n'est strictement normale. On peut rencontrer quelques fentes contenant de l'épithélium irrégulier généralement desquamé. D'autre part, en outre des jeunes cellules décrites, il y a une augmentation du tissu connectif fibrillaire. Il existe un grand nombre de masses hyalines, rondes et ovales, semblables à celles de la section précédente. La sous-muqueuse est dense, d'aspect cicatriciel, formée de bandes de tissu fibreux étroitement unies. Dans ce tissu, on trouve des foyers de cellules du type lymphoïde, plus rarement des cellules épithélioïdes, distribuées irrégulièrement et entourant spécialement les vaisseaux sanguins. L'infiltration s'étend aussi dans le muscle, surtout le long des cloisons intermusculaires qui ne sont pas spécialement épaissies, quoique (rarement, il est vrai) l'accumulation de ces cellules, surtout autour des vaisseaux, donne naissance à la production des noyaux limités d'infiltration de petites cellules. L'infiltration est également marquée autour des nerfs, comme nous l'avons déjà décrit, et peut être ainsi suivie dans le péritoine, au point où elle s'étend le long de cette tunique. Le péritoine lui-même est épaissi en plusieurs points, et présente des restes d'adhérences fibreuses anciennes.

Portion moyenne de la paroi postérieure — La muqueuse, en ce point, outre les altérations *post-mortem*, présente de l'atrophie. En général, cependant, les glandes sont mieux préservées ici que dans les autres portions que nous avons décrites, et l'infiltration de la muqueuse est très faible. On trouve dans la sous-muqueuse une infiltration modérée de petites cellules environ au milieu de cette couche, et une infiltration semblable très faible dans les cloisons intermusculaires. La surface péritonéale, épaissie, présente des restes de vieilles adhérences.

Petite courbure au voisinage du pylore. — Exception faite de quelques îlots de cellules autour des veines dans la sous-muqueuse, ce spécimen ne présente pas d'infiltration. La muqueuse, d'autre part, est atrophiée. La tunique péritonéale montre des restes de vieilles adhérences et est épaissie.

Obs. 21. — LANGOVOÏ, *Médecine moderne*, 5 février 1902.

Ulcère gommeux de l'estomac constaté avec exérèse chirurgicale.

Malade entré à l'hôpital, se plaignant de troubles dyspeptiques et dans un état de cachexie dont la gravité avait fait songer au cancer. En raison de cette gravité, on décida d'intervenir chirurgicalement, et on pratiqua d'abord la laparotomie exploratrice; on trouva un ulcère très étendu, à bords élevés; aussi pratiqua-t-on la résection des 4/5 de l'estomac. Les suites opératoires furent très satisfaisantes. Mais l'examen histologique de la partie réséquée démontra la présence de tissu granuleux, de nature syphilitique très probable. Le traitement spécifique institué après l'opération amena une amélioration remarquable de l'état général. Cliniquement, la syphilis gastrique, dans ce cas, s'était traduite par des douleurs sourdes, une légère hyperthermie, de l'anachlorhydrie; il n'y eut jamais d'hématémèses ni de méléna.

Obs. 22. — HAYEM, *Presse médicale*, 18 février 1905.

Sténose pylorique chez un syphilitique tertiaire.

Homme de 43 ans atteint de troubles gastriques des plus graves. Il souffre presque continuellement depuis quelques mois et vomit peu de temps après chaque ingestion alimentaire. Ces vomissements ne présentent rien de particulier et n'ont jamais contenu de sang.

Le malade garde constamment le lit depuis plusieurs semaines et il est actuellement très amaigri, pâle, presque cachectique. Le confrère qui le soigne et l'a suivi avec soin ne me mentionne aucun accident syphilitique et actuellement il n'existe aucune manifestation pouvant faire songer à cette maladie.

L'estomac paraît petit et vide en raison de vomissements incessants. Dans la région sous-hépatique, on ne trouve pas à proprement parler une tumeur, mais on sent une sorte de plastron diffus, répondant à la région de la vésicule biliaire. L'ensemble de ces signes me paraît suffisant pour faire le diagnostic d'une sténose, probablement d'origine hépatique, et je donne le conseil de faire opérer le malade dans le plus bref délai possible.

L'opération, un peu différée tout d'abord, est faite le 27 avril dans un des services de chirurgie des hôpitaux. On pratique une gastro-entérostomie, après laquelle le malade ne tarde pas à succomber.

La pièce anatomique recueillie à l'autopsie, le 29 avril, m'est obligeam-

ment adressée. On me l'envoie dans du formol, condition excellente pour une conservation macroscopique, mais défavorable à un examen histologique. Il s'agit d'une pièce trop compliquée pour que je puisse vous la décrire en détail. Quelques mots suffiront pour vous permettre d'en prendre une idée suffisante. Imaginez une infiltration plastique de la région pyloro-duodénale ressemblant à l'épaississement pariétal décrit sous le nom de linite, et s'étendant de la face péritonéale vers la muqueuse, de dehors en dedans ; par conséquent représentez-vous de plus, toute la partie malade de l'estomac fixée par des adhérences étendues et solides à divers organes voisins et surtout à la face inférieure du foie, notamment à la vésicule biliaire, d'ailleurs libre de calculs. Malgré la mauvaise fixation de la pièce, je pus au microscope éliminer le cancer, et reconnaître une infiltration fibroïde, ayant envahi surtout les couches externes de l'estomac et renfermant des nodules qui ne pouvaient être que de petites gommès.

Obs. 23. — HAYEM, *Presse médicale*, 18 février 1905.

Gastropathie chronique pseudo-cancéreuse avec sténose pylorique dans une syphilis tertiaire.

Un malade de province, âgé de 60 ans, vient me voir en mai 1903. Il a eu le soin de rédiger une courte note dont voici la substance.

Santé robuste, embonpoint respectable, puisque le poids était de 90 kilogrammes avant les premiers symptômes de la maladie actuelle ; un peu de constipation, facilement vaincue. En 1902, pour la première fois, apparaissent des maux d'estomac avec renvois fréquents, mais sans souffrances réelles, les digestions étant seulement lentes à s'accomplir. En juin et juillet, ces phénomènes s'amendent pour ne reparaitre qu'en mars 1903.

Pendant la première atteinte, l'appétit resta bon ; pourtant il y eut une perte de 8 kilogrammes. Mais, cette fois, les troubles dyspeptiques furent accompagnés d'une anorexie complète pendant quinze jours, avec dégoût du pain et de la viande ; le malade ne prit que du bouillon et quelques plats sucrés. Il sentait que son estomac ne se vidait pas, et avait de temps en temps des vomissements abondants, alimentaires, sans matières suspectes, sanguinolentes ou autres.

Les vomissements vinrent par crises, à quatre reprises différentes, et le poids tomba de 77 à 67 kilogrammes. En avril il y eut une légère amélioration, le malade put supporter des légumes, et même une petite quantité de viande. M. X... me remet, en outre, une lettre d'un médecin, vieil ami de la famille. Cette lettre confirme les renseignements donnés par le malade et nous apprend, en outre, qu'il n'y a jamais eu de vomissements

noirs, que la palpation ne révèle rien, et que le chimisme stomacal a démontré l'absence d'HCl. Dans ces conditions, ajoute notre confrère, l'état ne s'améliorant pas, la question se pose de savoir s'il n'y aurait pas lieu de recourir à une intervention chirurgicale à laquelle le malade se résignerait facilement.

Le malade est un homme de haute stature, d'aspect vigoureux, mais très amaigri, il a encore du dégoût pour la viande, mais paraît surtout avoir peur de manger. Il éprouve des renvois gazeux par le haut; la langue est propre; le ventre est si amaigri qu'on sent le pancréas à travers la paroi. Il n'y a pas de tumeur stomacale, pas de dilatation, des boulettes sont perçues dans l'S iliaque. Je fais pratiquer un examen du contenu gastrique dont le résultat m'est apporté le 20 mai, le voici :

Examen une heure après le repas d'épreuve :

$$\begin{aligned} A &= 0,284 \\ H &= 0 \\ C &= 0,131 \quad \left\{ \begin{array}{l} 0,431 \\ 0,306 \\ 0,175 \end{array} \right. \\ T &= 0,306 \\ F &= 0,175 \\ \alpha \frac{A - H}{C} &= 2,16 \\ \frac{T}{C} &= 1,74 \end{aligned}$$

Liquide abondant, d'odeur nauséabonde; pas de réaction des acides gras, pas d'acide lactique.

Je prescris la recherche du liquide à jeun et des lavages d'estomac.

Le 28 mai, le liquide à jeun est analysé. Le résultat suivant m'est soumis le 3 juin :

$$\begin{aligned} A &= 0,595 \\ H &= 0 \\ C &= 0,182 \\ H + C &= 0,182 \\ T &= 0,397 \\ F &= 0,215 \\ \alpha \left(\frac{A - H}{C} \right) &= 3.76 \\ T &= 1.84 \end{aligned}$$

130 centimètres cubes de liquide épais, renfermant des résidus alimentaires; pas de réaction des acides gras.

Les lavages ont ramené des débris alimentaires provenant des repas de la veille, peut-être plus anciens encore, sous forme d'une bouillie épaisse.

L'appétit a été amélioré par le traitement, il n'y a pas de douleurs, mais beaucoup de gaz. Le poids est stationnaire.

La sténose étant évidente et assez serrée, je fais le diagnostic de cancer et l'opération est décidée.

Elle est pratiquée le 13 juin. Le chirurgien extirpe la région pylorique, qui n'est ni indurée, ni adhérente, réséquant, suivant les lignes obliques habituelles, le plus de petite courbure possible avec les ganglions voisins. La pièce se rétracte fortement après la résection, et m'est envoyée aussitôt. Elle a été incisée le long de la petite courbure, et elle est constituée par un fragment de la poche gastrique, de forme irrégulièrement quadrilatère, épaissi, induré, mais ne présentant pas de tumeur proprement dite. Ce moignon stomacal est rouge et jaunâtre, non cirieux, blanchâtre, comme dans la linite cancéreuse, la muqueuse en est rouge, comme œdémateuse, et exulcérée ou plutôt raboteuse vers la petite courbure et dans une certaine étendue des deux faces. La surface de section est épaisse, très colorée et doublée de graisse épiploïque abondante.

L'examen histologique montre qu'il s'agit non pas de cancer, mais de syphilis. Nous allons y revenir ; terminons d'abord l'histoire du malade.

Je le revois le 9 juillet, les suites opératoires ont été simples, malgré la suppuration d'un fil.

L'appétit est bon, il n'existe pas de douleur, mais seulement une sensation de digestion lourde quand le malade mange à sa faim.

En raison de la nature de la pièce, je pose au malade de nouvelles questions, et j'apprends qu'il a eu un chancre à vingt ans, il y a quarante ans par conséquent, sans autres accidents. Il a deux grands fils bien portants, solides et n'a pas eu d'autre enfant ; sa femme n'a jamais été malade et n'a pas fait de fausse couche, lui-même a toujours été bien portant ; il a suivi, à l'époque du chancre, un traitement antisyphilitique pendant trois ou quatre mois, et il n'y est jamais revenu.

Le ventre est bien suturé, un peu tendu, sans rien de notable. Je lui conseille de faire usage, pendant quelque temps, d'aliments finement divisés, de se faire pratiquer des injections de biiodure et de prendre des lavements d'iodure de potassium.

Le malade s'adresse, pour l'exécution de ce traitement, à un médecin du pays qu'il avait déjà consulté. Cet honorable confrère m'écrit à cette occasion une lettre dont je crois intéressant de vous citer quelques passages : « Votre ordonnance, faite sans doute sous l'influence d'un examen de la pièce, comporte un traitement antisyphilitique. Je le ferai scrupuleusement, après toutefois vous avoir soumis les objections suivantes. Dès le mois de mars, j'ai fait le diagnostic de cancer pour les raisons que voici :

Etat général, absence de passé gastrique important, chimisme. Le siège était précisé par la mauvaise évacuation stomacale, l'âge de la lésion par la conservation et même l'exagération de la musculature de l'estomac qui se moulait sur le contenu gastrique à la moindre excitation mécanique (massage). J'avais écarté l'idée d'un rétrécissement syphilitique et ulcéreux, car avec cette hypersthénie gastrique, le chimisme eût été hyperchlorhydrique. Ce n'est que plus tard que la confusion peut être possible. Aussi, je me demande si ce traitement, tout excellent qu'il est pour le moral du malade, ne hâtera pas un jour l'évolution du néoplasme, surtout l'iodure de potassium.

Après ma réponse, le traitement fut continué, et le 11 novembre, le même confrère m'a donné des nouvelles. J'ai revu ces jours derniers M. X..., engraisé de 15 kilogrammes, bien portant, vigoureux, et dans une grande quiétude d'esprit. Cela m'a gagné un peu et je lui fait avec plus de convictions des injections de benzoate de mercure. Malgré tout, je doute, car je vois en ce moment deux malades auxquels j'ai pratiqué, à l'un (homme) une gastro-entérostomie postérieure il y a un an, il se porte très bien et c'était de l'épithéliome ; à l'autre (femme) j'ai fait la même opération pour hématomésos rebelles il y a dix-sept mois ; elle était mourante, si bas que le chloroforme n'a pu être continué. J'ai fait vite, bien que la tumeur juxta-pylorique eût été très facilement réséquable. La malade pèse 44 livres de plus en ce moment, et va on ne peut mieux ».

Le malade est revenu me voir le 1^{er} décembre 1903. Il a gagné 24 kilogrammes, se porte très bien, a une mine excellente, mange de tout et de bon appétit. Il a fait une double cure de vingt injections de benzoate, d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, et pris des lavements d'iodure.

La poche stomacale est un peu tympanisée, légèrement clapotante ; elle paraît occuper son siège normal. La constipation a disparu ; et il ne s'est produit aucune douleur locale, bien que le malade ne fasse plus aucune attention au régime et boive du vin.

Depuis, je n'ai pas revu le malade, mais j'ai eu de ses nouvelles. Dix-sept mois après l'opération, il se porte à merveille (1).

Comme le fait observer notre confrère de province, pareils faits se voient fort bien dans le cancer. L'examen de la pièce présente donc une importance considérable.

Mesurée après rétraction et fixation, elle est encore d'une assez grande

(1) *Addendum.* — Actuellement (février 1907) ce malade est parfaitement bien portant, gros et gras, et mène une vie active.

étendue. On trouve au niveau du duodénum 5 centimètres, la section faite le long de la petite courbure mesure environ 8 cent. 5 et la longueur de la petite courbure 6 cent. 5. Le centre de la pièce forme une sorte d'épaississement en plateau diffus occupant la région pylorique presque entière.

La muqueuse présente une surface très irrégulière ; elle est soulevée par places par des saillies ou larges mamelons, et abrasée sur une assez grande étendue, représentant une sorte d'exulcération irrégulière, à bords festonnés, à fond légèrement craquelé et occupant près de la moitié de la surface entière de la pièce.

Une coupe perpendiculaire, faite le long de la grande courbure, montre les lésions suivantes :

Le plateau d'épaississement, qui mesure 2 centimètres dans sa plus grande épaisseur, est constitué par une infiltration plastique de la paroi musculaire. Il est aisé de voir à l'œil nu qu'à ce niveau, qui correspond à l'abrasion de la muqueuse, la paroi stomacale est formée uniquement par cette couche musculaire. De ce plateau fibro-musculaire part, du côté pylorique, une bande fibreuse formée presque uniquement par un énorme épaississement de la couche celluleuse. Cette bande va se perdre en s'aminçissant dans la valvule pylorique après avoir envoyé des prolongements fibreux dans la musculature dont l'épaisseur redevient peu à peu normale, et qui même, au niveau de l'anneau pylorique est sensiblement atrophiée et déformée dans une bonne partie de l'étendue de cette valvule.

Du côté stomacal, l'infiltration cesse assez brusquement dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et on constate également la cessation assez rapide de l'épaississement du muscle. A cette partie de la pièce adhère assez fortement un fragment induré d'épiploon contenant un ganglion lymphatique.

L'examen histologique montre dans le tissu sous-muqueux un tissu conjonctif adulte, vasculaire, un peu œdémateux, et des nodules péri-vasculaires discrets. Dans le tissu musculaire existe un épaississement des cloisons conjonctives musculaires, infiltrées d'amas et de trainées disposées le long des vaisseaux. Cette infiltration plastique et nodulaire est d'une grande confluence au niveau de l'exulcération ; elle a écarté les trousseaux musculaires et tend, dans la profondeur, à les disperser et à les atrophier.

Sur les bords de l'exulcération, on peut suivre le processus destructeur de la muqueuse.

Celle-ci semble atteinte de gastrite chronique avec infiltration interstitielle, atrophie des glandes et transformation muqueuse. Mais cette infiltration n'est pas banale, puisqu'elle détermine la destruction progressive

de la muqueuse qui, peu à peu, va en s'amincissant jusqu'à disparition complète.

Dans la plaque épiploïque adhérente on retrouve les mêmes infiltrations en traînées et en nodules.

Les vaisseaux sont larges et gorgés de sang ; ils sont remarquablement abondants dans le plan musculaire profond et immédiatement au-dessus du péritoine (couche des gros vaisseaux) ; même dans les tractus fibreux, les capillaires paraissent très abondants et élargis. Il n'y a pas d'artérite.

Un grand nombre de nodules semblent adhérer à la paroi externe des vaisseaux.

La structure histologique de ces productions est surtout spéciale au niveau des plus petits d'entre eux. On y remarque d'abord, à la périphérie, une couche discontinue de cellules assez grandes, plates, irrégulièrement quadrilatères, à protoplasma un peu opaque, avec un ou deux noyaux fortement colorés ; peut-être y verrait-on des figures kynétiques si l'on avait employé un mode spécial de préparation. Ces cellules sont bientôt mélangées avec des éléments plus petits ayant l'aspect de cellules lymphoïdes, et avec quelques globules blancs polynucléaires.

Dans le centre des plus gros amas qui sont arrondis et constitués presque exclusivement par des éléments lymphoïdes existent des lacunes dues probablement à une sorte de fonte. Il en résulte que ces gros nodules prennent assez nettement l'aspect de petits abcès.

Dans le voisinage et à la périphérie des nodules, les cellules plates du tissu conjonctif sont gonflées et abondantes ; il en est de même le long des petits vaisseaux.

En aucun point, on ne voit rien qui puisse se rapporter à une néoplasie cancéreuse.

Il s'agit bien d'infiltration fibreuse et de gommès microscopiques. La pièce ressemble dans son ensemble aux lésions syphilitiques déjà décrites dans l'estomac, notamment par notre collègue M. Cornil.

II. — Observations dans lesquelles la nature syphilitique des lésions n'est pas démontrée.

FAUVEL (cité par GALLIARD, *Archiv. gén. de médecine*, 1886 janvier). — Ulcération de la muqueuse de l'estomac (pas d'examen histologique).

VIRCHOW (*La syphilis constitutionnelle*, Trad. franç. Paris, 1860).

1^o Épaississement et congestion de la muqueuse gastrique chez un syphilitique ancien.

2° Épaississement de la portion pylorique de la muqueuse gastrique chez un syphilitique.

WAGNER (*De syphilomate ventriculi. Dissertatio.* Lipsiæ, 1863) :

1° Hypertrophie locale des parois stomacales chez un syphilitique.

2° Épaississements des parois gastriques chez un malade duquel on ignore et par les renseignements cliniques et par l'autopsie s'il a eu la syphilis.

3° Épaississements et ulcérations des parois gastriques.

4° Épaississement de la paroi gastrique.

5° Pièce anatomique de la collection de Leipzig étudiée déjà par Cerutti en 1819 : épaississements des parois gastriques.

6° Pièce anatomique de la collection de l'hôpital St-Jacob à Leipzig : épaississements et cicatrices des parois gastriques.

LANCEREAUX (*Gazette hebdomadaire*, 26 août 1864, et *Traité de la syphilis*, 1866, p. 310) :

1° Rétrécissement du pylore.

2° Ulcération de l'estomac.

FRERICHS (cité par GAILLARD, et *Traité des maladies du foie*, trad. franç. Paris, 1866). — Cicatrice ancienne de l'estomac (pas d'examen histologique).

CAPOZZI (*Il Morgagni*, 1867, p. 89). — Ulcérations de la muqueuse gastrique chez un syphilitique.

MURCHISON (*Transact. of the Pathological Society of London*, vol. XXXI, 1870, p. 162). — Ulcère stomacal chez un syphilitique.

FIOUPE (*Progrès médical*, 1874, p. 424). — Ulcère de l'estomac à marche foudroyante (pas d'examen histologique).

DROZDA (*Wien. med. Presse*, 1^{er} août 1880, n° 31). — Cicatrice de l'estomac chez un syphilitique.

CHIARI (*Intern. Beiträge für Wissenschaft Med.* Bd. II, 1891) :

1° Ulcus de l'estomac avec érosion de la coronaire chez un syphilitique.

2° Cicatrice d'ulcère peptique probable chez une syphilitique.

ZAWADZKI et LUXENBURG (*Gaz. lek. Warszawa*, 1893, XIII, 1233 et in *Virchow-Hirsch Jahresbericht*, 1893). — Ulcère de l'estomac avec altérations des vaisseaux sanguins.

BARBIER (*Syphilis de l'estomac.* Thèse Paris, 1902) :

1° Ecchymoses de la muqueuse gastrique.

2° Cicatrice de l'estomac.

3° Périgastrite et ulcérations de la muqueuse gastrique chez un hérédo-syphilitique.

III. — Observations sans examen anatomique.

ANDRAL (*Clin. méd.*, Paris, 1834, t. II, p. 201 ou 4^e éd., 1839, t. II, p. 191):

1^{re} Gastrite chronique guérie par le traitement mercuriel.

2^o — — —

TOPINARD (*Gaz. des hôpitaux*, 5 déc. 1865). — Vomissements incurables guéris par le traitement anti-syphilitique administré par la voie rectale.

DUJARDIN-BEAUMETZ (*Gaz. des hôpitaux*, 1866, n^o 16):

1^{re} Hématémèses dans la syphilis tertiaire guéries par l'iodure de potassium.

2^o — — —

TROUSSEAU (*Traité de thérap.*, 1875, t. I, p. 295, art. « Mercure »). — Gastralgie et vomissements nocturnes guéris par le traitement mercuriel.

BARTUMEUS (*Revista de Ciencias med. Barcelona*, 1879, V, p. 348). — Gastralgie et vomissements nocturnes guéris par l'iodure de potassium.

HILLER (*Monatschrift f. Prakt.*, 1883). — Hématémèses guéries par traitement spécifique.

SCHWIMME (cité par GAILLARD). — Gastro-entérite chez un hérédosyphilitique guérie par le mercure.

GOUZOR (Thèse Bordeaux, 1886). — Quatorze observations communiquées par Vergely, Pitres, Arnozan, Rivals, témoignant de troubles gastriques divers (polydipsie, boulimie, dyspepsie, vomissements, etc...) survenant en période secondaire ou tertiaire, et tous guéris par le traitement spécifique.

TAVERNIER (cité dans la thèse de Gouzor). — Symptômes d'ulcère rond de l'estomac guéris par le traitement spécifique.

JULLIEN (*Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*). — Observations de dilatation gastrique en rapport indirect avec la syphilis.

ROSANOW (*Med. Obozr.*, 1890, n^o 7 et *Semaine méd.*, oct. 1890). — Ulcère de l'estomac guéri par le traitement mixte.

KESER (*British med. Journal*, London, 1891-II, 696). — Ulcère gastrique dans la syphilis secondaire.

SANDERS (cité par NORDEN, *Over Maasgyphilis Academisch Proëfschrift*. Amsterdam, 1897). — Symptômes de cancer gastrique guéris par le traitement mixte.

DUBUC (*France médicale*, 1^{re} juillet 1898). — Gastropathie pseudo-cancéreuse guérie par le traitement mixte.

HEMMETER (*loc. cit.*). — Gastrite aiguë chez deux hérédosyphilitiques guérie par le traitement mercuriel.

MACKAY (*The Lancet*, déc. 1898, II, 1701). — Deux cas d'hématémèses dont l'un chez un hérédo-syphilitique tardif, guéries par le traitement spécifique.

DIEULAFOY (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1897-1898 et *Journ. de méd. et de chirurgie pratique*, 10 déc. 1902). — Deux cas d'hématémèses dans la syphilis tertiaire guéries par le traitement spécifique.

EINHORN (*Philadelphia med. journal*, 1900, V, p. 262) :

1° Ulcère gastrique sans hématémèses guéri par le traitement spécifique.

2° Ulcère gastrique avec hématémèses guéri par le traitement spécifique.

3° Gastropathie chronique avec tumeur guérie par le traitement spécifique.

4° Gastropathie chronique avec tumeur guérie par le traitement spécifique.

5° Sténose pylorique guérie par le traitement antisiphilitique.

6° Sténose pylorique guérie par l'iodure de potassium.

MAMULEA (*Spitalul. Revista med.*, 1901, XXI, p. 103). — Ulcère gastrique en période secondaire guéri par le traitement mercuriel.

BAYLAC et CHAMAYOU (*Echo méd. de Toulouse*, 1901, nos 12 et 13). — Ulcère d'estomac avec pseudo-péritonite hystérique au cours d'une syphilis secondaire.

DOMENICI (*New-York medical*, 3 mai 1902). — Gastrite chronique guérie par le traitement mixte.

FOURNIER (*La syphilis*, t. I, n° 1, juillet 1903 et *Traité de la syphilis*, t. I, p. 710) :

1° Hématémèses dans la syphilis tertiaire guéries par l'iodure de potassium.

2° Hématémèses guéries par l'iodure de potassium.

3° Gastropathie avec tumeur pseudo-cancéreuse guérie par le traitement mixte.

4° Tumeur gastrique et gastropathie pseudo-cancéreuse guérie par le traitement spécifique.

FREEMAN WARD (cité par FOURNIER, *loc. cit.*). — Tumeur pylorique constatée par laparotomie, guérie par l'iodure de potassium.

HAYEM (*Presse méd.*, 18 février 1905 et 2 mai 1906) :

1° Hématémèse, au cours d'une syphilis tertiaire, guérie par le traitement spécifique.

2° Gastropathie chronique avec sténose pylorique et tumeur guérie par le traitement spécifique.

3° Sténose pylorique au cours de la syphilis tertiaire améliorée par le traitement mercuriel.

4° Hématémèses et mœlena au cours de la syphilis tertiaire.

CONCLUSIONS

I. — Les observations de syphilis de l'estomac sont de plus en plus fréquentes à mesure qu'on pense davantage à cette localisation en somme peu commune de la spécificité. Mais beaucoup d'observations publiées n'ont pas la rigueur désirable et ne concernent pas des cas certains de syphilis gastrique.

II. — Doivent être regardés comme certainement syphilitiques les cas où un contrôle anatomique a été exercé et où les lésions histologiques de la syphilis ont été constatées ; comme très vraisemblablement syphilitiques les cas où sous l'influence du traitement spécifique on a noté d'une façon durable la disparition d'une tumeur gastrique, la cessation d'une sténose par exemple, ou encore la résurrection véritable d'un malade condamné comme cancéreux.

III. — Anatomiquement, la syphilis gastrique revêt cinq formes, qui se rencontrent presque toutes indistinctement dans la syphilis acquise et dans la syphilis héréditaire ; ce sont : la gastrite diffuse inflammatoire, les néoformations gommeuses, les ulcères, les cicatrices, la sténose.

IV. — Les lésions de gastrite diffuse inflammatoire, en l'absence de gommes les accompagnant, ne diffèrent guère des lésions de la gastrite chronique ordinaire.

Les néoformations déterminant des épaississements partiels de l'estomac sont caractérisées par deux lésions histologiques, nodules gommeux et tissu conjonctif hypertrophié, auxquelles se joignent des lésions syphilitiques vasculaires.

Les ulcères, de siège et de profondeur diverses, parfois même perforants, sont dus à la fonte du tissu gommeux. Leur caractéristique grossière est de n'être pas taillés en gradins

dans les tuniques gastriques, mais de résulter d'une fonte débutant dans la sous-muqueuse et s'étendant de là d'une part vers la muqueuse, d'autre part vers les couches externes de l'estomac. Leur caractéristique histologique est d'être creusés dans des tissus de néoformation, formés d'infiltrations gommeuses. Quelques-uns de ces ulcères seraient peut-être d'origine vasculaire ; dus alors à des troubles nutritifs tissulaires, ils pourraient survenir à une époque relativement précoce de la syphilis.

Les cicatrices et les sténoses ne présentent pas de particularité macroscopique et leur nature syphilitique ne peut être reconnue que par l'examen histologique.

V. — Les examens histologiques pratiqués par nous, concernant des estomacs d'hérédo-syphilitiques, nous ont permis de constater les lésions déjà décrites par divers auteurs, soit de l'inflammation simple, soit de la gastrite inflammatoire diffuse avec ou sans gommes miliaires.

VI. — La recherche du spirochæte pallida, encore si rarement pratiquée dans les divers segments du tube digestif des syphilitiques, pourra permettre d'affirmer, lorsqu'elle sera positive, la spécificité de certaines lésions dépourvues sans cela de caractères syphilitiques nets. Cette recherche, pratiquée par nous dans plusieurs estomacs d'hérédo-syphilitiques présentant des lésions de gastrite inflammatoire diffuse plus ou moins marquée, s'est montrée constamment négative.

Peut-être même sera-t-il possible dans certains cas de poser cliniquement le diagnostic de syphilis gastrique, grâce à la constatation du spirochæte pallida dans le liquide des vomissements ou le contenu gastrique retiré par tubage.

PUBLICATIONS A CONSULTER

- Andral.** — *Clin. méd.*, Paris, 1834, t. II, p. 201 ; ou 4^e édit., 1839, t. II, p. 191.
- Aristoff.** — Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des Magens bei hereditärer Lues, *Zeitsch. für Heilk.*, Berlin, 1898, XIX s. 393.
- Bartumeus.** — Gastralgia intermitente sifilitica acompañada de vomitos vespertinos y otros accidentes específicos dolorosos, *Revist. de cien. med.*, Barcelona, 1899, V, p. 348.
- Baylac et Chamayou.** — Syphilis de l'estomac et pseudo-péritonite par perforation, *Archives méd. de Toulouse*, 1901, VII, p. 145.
— *Echo méd. de Toulouse*, 1901, n^{os} 12 et 13.
- Birch-Hirschfeld.** — *Lehrbuch der path. Anat.*, 3^e édit. Bd. II, 1887, p. 518, 537-589.
- Bittner.** — Zur Kenntniss des gummösen Magensyph. *Prag. med. Wochensch.*, 1893, XXIII, p. 581.
— *Centralblatt für allgem. Path.*, Bd. V, 1894 s. 175.
- Bouveret.** — *Traité des mal. de l'estomac*, art. « Syphilis », 1893, p. 715.
- Brinton.** — Ulcer of the stomach, *Diseases of the stomach*. London, 1864.
- Buday.** — Ueber einem ungewöhnlichen Fall von syphilis. *Virchow's Archiv. B.* 141, s. 514.
- Capozzi.** — Storio di un ulcera chronica dello stomaco, *Morgagni*, 1867, p. 89.
- Cesaris-Demel.** — Sulla sifilide gastrica a tipo ulcerativo, *Arch. per le Scienze med.*, 1899. Torino, vol. XXIII, n^o 14.
- Chiari.** — Lues hereditaria mit gummöser Erkrankung des galleleitenden Apparates und des Magens, *Prag. med. Wochensch.*, 1885, X, 461.
— *Centralblatt für med. Wissenschaft*, 1886.
— Ueber Magensyphilis, *Intern. Beit. für Wissensch. med.*, Bd. II, 1891, p. 295.
— Ueber Cystenbildung in d. menschl. Thymus, Zugleich ein Beitr. z. Lehev. d. « Dubois'schen Abcessen », *Zeitsch. f. Heilk.*, Bd. XV, 1894.
- Cornil.** — *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 28 mai 1874.
— *Leçons sur la syphilis*, Paris, 1879, p. 406.
- Cornil et Ranvier.** — *Manuel d'hist. pathol.*, t. II, p. 296.
- Coyne.** — *Leçons faites à la Fac. de Méd. de Bordeaux sur les lésions anat.-pathol. du tube digestif*, 1885-1886.
- Cruveilhier.** — *Revue de Médecine*, 1838.
- Dieulafoy.** — *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1897-1898, 4^e leçon.
— *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 17 mai 1898.

- *Bull. Médical*, 18 mai 1898, n° 40.
- *Journal de méd. et de Chir. pratiq.*, 10 décembre 1902.
- *Manuel de Path. int.*, 14^e édit. 1904, art. « Syphilis de l'estomac », t. II, p. 367.
- Domenici.** — Contributo alle rarissime localizzazioni della sifilide terzaria. *Gaz. d. Osped. Milana*, 1902, XXIII, 185.
- *New York med. journ.*, 3 mai 1902.
- Drozda.** — *Wien. med. Presse*, n° 31, 1880.
- Dubuc.** — *Soc. méd. de Paris*, séance du 25 juin 1898 : Un cas de syphilis de l'estomac. *France médicale*, 1^{er} juillet 1898.
- Dujardin-Beaumetz.** — *Gazette des Hôp.*, 1866, n° 16.
- Einhorn (Max).** — Syphilis of the Stomach. *Phil. med. jour.*, 1900, V, p. 262.
- Fauvel.** — *Bull. Soc. anat.*, 1858.
- Fioupe.** — Ulc. simple de l'estomac à marche foudroyante. — Syphilis probable. *Progrès méd.*, 1874.
- Flexner.** — Gastric syph. with the report of a case of perforating syph. ulcer of the stomach. *Amer. jour. of med. scienc.*, Philadelphie, 1898, p. 424.
- Fournier.** — Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydypsie d'origine syphilitique, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, février 1871.
- *Bull. de l'Acad. de médecine*, 18 janvier 1898.
- *La Syphilis*, t. I, n° 1, juillet 1903.
- *Traité de la Syphilis*, t. I, p. 710.
- Fränkel.** — *München. med. Wochensch.*, 1898, s. 162.
- *Médecine moderne*, 7 janvier 1899.
- Freeman Ward.** — *La Syphilis* (Fournier), juillet 1903.
- Frerichs.** — *Traité des mal. du foie*, trad. française. Paris, 1866, p. 329.
- Galliard.** — Syphilis gastrique et ulcère simple de l'estomac. *Archives gén. de méd.*, janvier 1886.
- Gouzot.** — *Contribution à l'étude des mal. syphil. de l'estomac*. Thèse Bordeaux, 1886, n° 47.
- Hastings.** — Gastro-enteritis complicating congenital syphilis. *Ann. gynéc. et pédiat.*, Boston, 1900, 281.
- Hayem et Tissier.** — De la syphilis de l'intestin. *Revue de méd.*, 1899, p. 231.
- Hayem.** — De la syphilis stomacale. *Presse méd.*, n° 14, 18 février 1905.
- Sur un nouveau cas de syphilis stomacale. *Presse méd.*, n° 35, 2 mai 1906.
- Hemmeter.** — *Diseases of the Stomach*, 2^e éd., London, 1901, p. 596.
- Hemmeter et Stokes.** — Chronic hypertrophic gastritis of syphilitic origin associated with hyperplastic stenosis of the pylorus. *The Johns Hopkins Hosp. Reports*, Baltimore, 1900, IX, 773.
- Hiller.** — Hæmatemesis in Folge von visceraler syphilis. *Monat. f. prakt. Derm.*, Hamburg, 1882, I, 97.

- Jacobs.** — Les troubles gastro-intestinaux de la syphilis. *Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, 1896, VIII, 235.
- Jullien.** — De la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec la syphilis et son traitement. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 1889.
- Keser.** — Syphilis and gastric ulcer, *Brit. Med. Journ.*, London, 1891, II, 696.
- Klebs.** — *Handbuch d. Path. Anat.*, 1869, I, 261.
- Krienitz.** — Ueber das Auftreten von Spirochæten verschiedener Form im Mageninhalt bei Carcinoma ventriculi, *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 22, 1906, p. 872.
- Kuzmick.** — Spont. Magen Bauchwand Fistul bei Lues, *Beitrag. zur klin. Chir.*, Bd. 48, p. 586, 1906.
- Lancereaux.** — Etude sur les lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 26 août 1864.
- *Traité de la syphilis*, 1866, p. 310.
- Langovoi.** — *Médecine moderne*, 5 février 1902.
- Levaditi.** — Syphilis congénitale et spirochæte pallida de Schaudinn, *Presse médicale*, 31 mai 1905.
- Lublinski.** — Syphilis of the Stomach, *The Jour. of the Americ. Assoc.* Chicago, 1900, XXXII, 755.
- Mackay (W.-A.).** — The role of Syphilis in the etiology of simple ulcer of the stomach. *The Lancet*, 24 décembre 1898, vol. II, p. 1701.
- Malherbe.** — Syphilis secondaire et accidents nerveux, hystérie, polydipsie, polyurie, *Journ. des mal. cut. et syph.*, 1902, XIV, p. 323.
- Mamulea.** — A supra unni caz de sifilis gastric secundar. *Spitalul. Revist. med.*, 1901, XXI, p. 103.
- Marfan.** — Les ulcérations gastriques. *Gaz. des Hôpitaux*, 23 avril 1887.
- Ménétrier et Duval.** — Sur un cas de septicémie à spirochæte de Schaudinn chez un nouveau-né syph. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 29 décembre 1905.
- Murchison.** — *Transact. of pathol. Soc.*, 1870, t. XXI.
- Neumann.** — *Nothnagel's spec. Pathol. und Ther.*, Bd. XXIII, Syphilis, s. 351, 1896.
- Norden (A.).** — Over Maagsyphilis. *Acad. Præscript.* Amsterdam, 1897.
- Oberndorfer.** — Ueber die viscerale Form der congenit. Syphilis mit specieller Berücksichtigung des Magen Darmkanales. *Virchow's Archiv*, 1900, 159.
- Oser.** — Drei Falle von Enteritis syphilitica. *Vierteljahrssch. f. Derm. und Syph.*, p. 27, 1871.
- Ravaut et Ponselle.** — Cont. à l'étude clin. et bact. des lésions encéphalo-méningées chez les nouveau-nés syph. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 12 février 1906.
- Ribadeau-Dumas et Poisot.** — Ictère et hémorragies chez un hérédosyphilitique. Anémie et myélémie, septicémie à spirochæte pallida. *Soc. de biologie*, 16 février 1907.

- Rosanow.** — *Med. Obozr. Moskou*, 1890, n° 7 et *Semaine méd.*, 1890, n° 43.
- Rudnew.** — Ueber syphilit. Stricturen des Magens. *Jour. für normale und pathol. hist. pharmac. und klin. Med.*, 1870.
- *Virchow-Hirsch Jahresb.*, 1870, II, s. 464.
- Schreib.** — Syphilis mit gummäser Affection des Magens und Darmes sowie der Lungen bei einem 51 jährigen Manne. *Prager med. Wochensch.*, 1900, p. 537 et 551.
- Schwimme.** — *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1873.
- Soupault.** — *Traité des mal. de l'estomac.* Art. « Sténose du 'pylore », p. 343 et art. « Syphilis de l'estomac », p. 617.
- Stolper.** — *Beitrage zur syph. visceralis Magen, Lungen, Herzsyphilis* (Biblioth. medica). Heft 6. Cassel, 1896.
- Tavernier.** — In thèse de Gouzor.
- Topinard.** — Vomissements incoercibles. — Trait. antisymph. et alimentation par le rectum, etc. *Gazette des hôpitaux*, 5 décembre 1885.
- Toulmouche.** — Des ulcères de l'estomac, *Archives de méd.*, 1869, septembre, p. 272 et octobre, p. 385.
- Trousseau.** — *Traité de thérapeutique*, 1875, t. I, p. 295, art. « Mercure ».
- Tullio (de).** — Contributo allo studio delle lezioni funzionali gastriche per sifilide e dei loro mezzi curat, *Policlin.* Roma, 1893, p. 274.
- Virchow.** — *La syphilis constitutionnelle* (trad. de PICARD). Paris, 1860.
- Wagner.** — Das Syphilom. oder die constitutionnelle syphilit. Neubildung. *Archiv für Heilk.*, 1863, IV, s. 225.
- *De syphilomate ventriculi.* Dissertatio Lipsiæ, 1863.
- Weichselbaum.** — *Bericht der Krankenanstalt Rudolfstiftung.* Wien, 1883, s. 383.
- Zawadzki et Luxenburg.** — Contrib. to case of round ulcer of the stomach with alterations of syphilitic nature of the blood vessels. *Gaz. lek. Warszawa*, 1893, XIII, 1233.
- Zeissl.** — Ueber die Syphilis des Magens und Darmes. *Wien. med. Presse*, 27 avril 1902 et *Méd. moderne*, 18 juin 1902.

Vu :

Le Président de la Thèse,
ROGER

Vu :

Le Doyen,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	9
GÉNÉRALITÉS.	11
Liste chronologique des principales observations de syphilis stomacale	13
Discussion des observations.	13
ETUDE ANATOMIQUE	33
1° Gastrite diffuse syphilitique	33
2° Néoformations gommeuses.	35
3° Ulcères	37
4° Cicatrices	41
5° Sténose.	41
OBSERVATIONS.	45
1° Observations concernant des cas probants de syphilis gas- trique.	45
2° Observations dans lesquelles la nature syphilitique des lésions n'est pas démontrée	85
3° Observations sans examen anatomique.	87
CONCLUSIONS.	89
PUBLICATIONS A CONSULTER.	91

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).
